

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1968

N° _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

795

par

CLOT Philippe

Né le 5 Janvier 1938 à Saint-Germain en Laye
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

INDICATIONS DE LA CHIRURGIE PRECOCE

DANS LES PANCREATITES AIGUES

Président : M. L. LEGER - Professeur.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1968

N° _____

T H E S E

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

CLOT Philippe

Né le 5 Janvier 1938 à Saint-Germain en Laye
Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le

INDICATIONS DE LA CHIRURGIE PRECOCE

DANS LES PANCREATITES AIGUES

Président : M. L. LEGER - Professeur.

PROFESSEUR

- 2 -

MM. ALAJOUANINE (T.), BENARD (H.),
HALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-
(B.), GALLIARD (H.), GAUDART D'AL
ARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.),
Y-SOLAL (E.), LIAN (C.), MARCHAL (C.),
LONGUET (P.), PASTEUR VALLERY-RAD
NU (J.), RENARD (G.), SENEQUE (J.).

DOYEN
1er ASSESSEUR
2ème ASSESSEUR

I- F

CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

Anatomie

"

Anatomie et cytologie pathologiques

Esthésiologie

Bactériologie et virologie

Chimie médicale

" "

Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports

Biologie médicale

Physiologie médicale

" "

Cancérologie expérimentale

Immunologie pathologique

Genétique fondamentale

Histoire de la médecine et de la chirurgie

Embryologie et Embryologie TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)

" "

Hygiène et médecine préventive

Medecine du Travail

Medecine légale, Droit médical et déontologie

Microbiologie (Bactériologie et virologie)

Parasitologie

Pathologie chirurgicale

" "

Pathologie exotique

Pathologie expérimentale et comparée

Pathologie médicale

" "

Pathologie respiratoire

Pathologie et thérapeutique générales

BOISSIER (J.R.)

LECHAT (P.)

BARGETON (D.)

PARROT (J.)

LEPAGE (F.)

DESGREZ (H.)

N...

LAMOTTE (M.)

N...

POL (Ch.)

ER (G.)

(Ch.)

(P.)

J.C1.)

(F.)

(n.)

NON

DELARUE (G.)

VOURC'H (G.)

TOURNIER (P.)

JAYLE (M.F.)

POLONOVSKI (J.)

DESGREZ (P.)

MALMEJAC (J.)

FAUVERT (R.)

BUGNARD (L.)

DOGNON (A.)

DJOURNO (A.)

MATHE (G.)

SCHAPIRA (G.)

LEJEUNE (J.)

COURY (Ch.)

TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)

GOUJARD (R.)

BOYER (J.)

DESOILLE (H.)

DEROBERT (L.)

EASQUELLE (R.)

N ...

LAURENCE (G.)

KUSS (R.)

VERNE (J.M.)

BRUMPT (L.C.)

MERKLEN (F.P.)

LAROCHE (C1.)

BRICAIRE (H.)

PEQUIGNOT (H.)

TURIAF (J.)

MAURICE (P.)

Pharmacologie	BOISSIER (J.R.)
"	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
"	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Physiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Pathologie	CABROL (Ch.)
Pathologie anthropologique	OLIVIER (G.)
Pathologie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Pathologie tératologie	BARBIER (P.)
Pathologie chimie médicale	DREYFUS (J.Cl.)
Pathologie médecine	BOURLIERE (F.)
Pathologie parasitologie	LARIVIERE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	(DEJOURS (P.)
	(SCHERRER (J.)
	(KELLERSHOHN (L.)
Physiologie médicale	(GOUGEROT (L.)
	(ROUCAYROL (J.Cl.)
	(TUBIANA (M.)
Physiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	mm.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIE (P.)
" " (Boucicaut)	LENEGRE (J.)
	LORTAT-JACOB (J.L.)
	BAUMANN (J.)
	LEGER (L.)
	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE D'AUGIGNE (R.)
" " " " (Foch)	PADOVANI (P.)
" " " " (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)

inique chirurgicale et gynécologique (Broca)
 inique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)
 inique des maladies des enfants (Enfants-Malades)
 inique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)
 inique des maladies mentales et de l'encéphale (St-Anne)
 inique des maladies du sang (Broussais)
 inique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)

(Bicêtre
 Broussais
 Cochin
 Hôtel-Dieu
 Pitié
 Saint-Antoine
 Saint-Antoine
 Saint-Antoine

iniques médicales

inique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)
 inique médicale infantile et pédiatrie sociale
 (Enfants-Malades)
 inique médicale propédeutique (Broussais)
 inique médico-sociale du diabète sucré et des maladies
 métaboliques (Hôtel-Dieu)

inique néphrologique (Necker)
 inique de neuro-chirurgie (Pitié)
 inique neurologique (Salpêtrière)

iniques obstétricales (Baudelocque
 Saint-Antoine

inique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)
 inique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)
 " " (Cochin)

inique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)
 inique de pédiatrie (Trousseau)
 inique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)
 inique de pneumo-phthisiologie (Laennec)
 inique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)
 inique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)
 inique de rhumatologie (Lariboisière)
 inique stomatologique (Salpêtrière)
 inique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)
 inique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)
 inique toxicologique (F. Vidal)
 inique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)
 inique urologique (Cochin)
 " " (Necker)

nière et clinique de la première enfance (Trousseau)
 émiologie médicale (A. Chantin)
 " " (Lariboisière)
 " " (Pitié)
 " " (Rothschild)

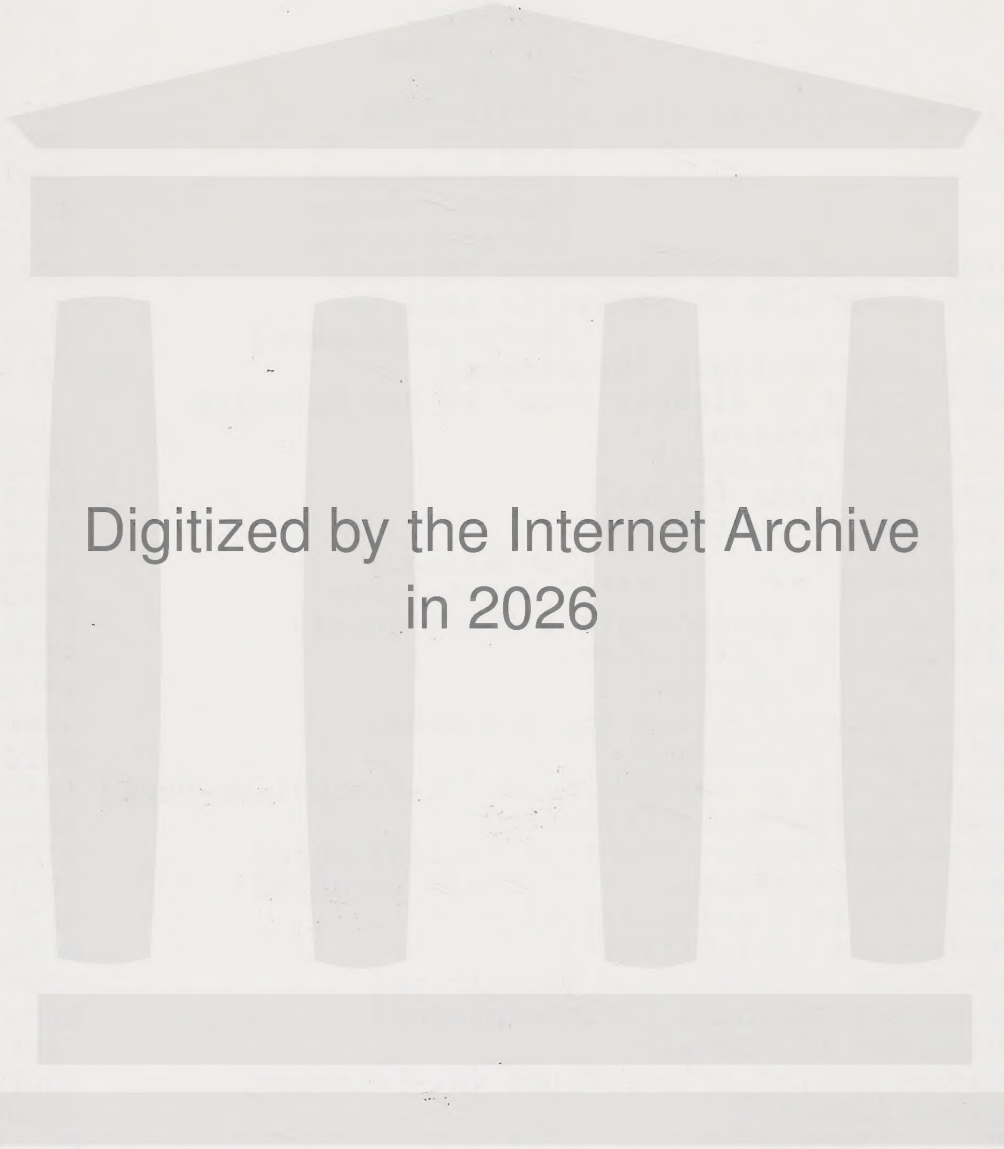
émiologie et clinique chirurgicales (Broussais)

HUGUIER (J.)
 DEGOS (R.)
 TURPIN (R.)
 MOLLARET (P.)
 DELAY (J.)
 BERNARD (J.)
 CASTAIGNE (P.)

DEPARIS (M.)
 MILLIEZ (P.)
 N...
 BARIETY (M.)
 DREYFUS (G.)
 CONTE (M.)
 KOURILSKY (R.)
 BOUDIN (G.)
 DEBRAY (Ch.)

MARIE (J.)
 JUSTIN-BESANCON (L.)

DEROT (M.)
 HAMBURGER (J.)
 DAVID (M.)
 GARCIN (R.)
 LACOMME (M.)
 MERGER (R.)
 VARANGOT (J.)
 OFFRET (G.)
 BREGEAT (P.)
 AUBRY (M.)
 MOZZICONACCI (P.)
 THIEFFRY (S.)
 BROUET (G.)
 MICHAUX (L.)
 COSTE (F.)
 SEZE (S.de)
 DECHAUME (M.)
 ROUX (M.)
 LEMAIRE (A.)
 GAULTIER (M.)
 JUDET (R.)
 ABOULKER (P.)
 COUVELAIRE (R.)
 LAPLANE (R.)
 DOMART (A.)
 BOUVRAIN (Y.)
 RAMBERT (P.)
 WOLFROMM (R.)
 POILEUX (F.)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554022_0003

b) Professeurs à titre personnel :

MM.

Matologie	{ ANDRE (R.)
rologie et climatologie	{ BOUSSER (J.)
ladies infectieuses	{ GIBERTON (A.)
	{ BASTIN (R.)
	{ AZERAD (E.)
	{ BOUR (H.)
	{ CAROLI (J.)
	{ DREYFUS (B.)
	{ GROSSIORD (A.)
ecine	{ LAMBLING (A.)
	{ LAUNAY (Cl.)
	{ PAYET (M.)
	{ PERRAULT (M.)
	{ SIGUIER (F.)
	{ WORMS (R.)
hrologie	{ RICHT (G.)
to-chirurgie	{ LE BEAU (J.)
urologie	{ LHERMITTE (F.)
uro-psychiatrie	{ PICHOT (P.)
p-Rhino-Laryngologie	{ MADURO (R.)
diatrie	{ POLONOVSKI (Cl.)
	{ ROYER (P.)
euemo-Phtisiologie	{ KREIS (B.)
	{ MEYER (A.)
umatologie	{ DELBARRE (F.)

II- PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.

atomie pathologique	{ GOUYGOU (Ch.)
ctériologie	{ CHRISTOL (D.)
	{ CARTIER (P.)
ochimie médicale	{ GONNARD (P.)
	{ NORDMANN (J.)
ologie médicale	{ HARTMANN (L.)
irurgie	{ CERBONNET (G.)
matologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.)
ladies infectieuses	{ DUPONT (V.)
uro-psychiatrie	{ TARDIEU (G.)
diatrie	{ ROSSIER (A.)
ysique médicale	{ COURSAGET (J.)
	{ GREMY (F.)
ysiologie	{ GIRARD (Fr.)
omatologie	{ CHAPUT (Mme A.)

III- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

tériologie
nologie chirurgicale

HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
RUDLER (J.) Pr.s.ch.

IV- PROFESSEURS ASSOCIES

Chronologie MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologie SCHWARTZ (D.)

MORICARD (R.)
SCHWARTZ (D.)

rétaire général de la Faculté

M. LENA (J.)

seiller administratif

Mlle CHAINTREUIL (G.)

servateur en Chef de la Bibliothèque-(

servateur du Musée d'Histoire de la
Médecine

M. le Docteur HAHN (A.)

servateurs (Miles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.)
(LE NOIR (G.))

..... { Mes CONDET (J.), FORGET (F.)
Bibliothécaires { Mmes DUROZOT (M.F.), ROBERGE (D.),
{ Dr. SCHILLER (J.)

AUX MIENS

A Mon Maître le Professeur Lucien LEGER

Professeur de Clinique Chirurgicale
Membre de l'Académie de Chirurgie
Chevalier de la Légion d'Honneur

qui, après m'avoir accueilli dans son service
m'a fait l'honneur de me confier ce sujet de
thèse et d'assumer la présidence de celle-ci.

Qu'il trouve ici l'expression de mon respect
et de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur agrégé F. DUBOIS

En témoignage de ma reconnaissance
pour les conseils amicaux qu'il a
bien voulu me donner.

A Monsieur le Professeur agrégé R. COLIN

qui, après m'avoir chaleureusement
accueilli dans son service, m'a autorisé
à utiliser ses observations.

En témoignage de ma gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

EXTERNAT

- Monsieur le Professeur LEGER
- Monsieur le Docteur MOUSSOIR
- Monsieur le Professeur MOLLARET
- Monsieur le Docteur DUPUY
- Monsieur le Professeur BROUET

INTERNAT

- Monsieur le Professeur DEBEYRE
- Monsieur le Professeur MORIN
- Monsieur le Docteur GUENIN
- Monsieur le Professeur agrégé MERCADIER
- Monsieur le Professeur LEGER
- Monsieur le Professeur LORTAT-JACOB

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

Messieurs les Docteurs :

C. CABROL, Professeur, Chirurgien des Hôpitaux
H. GARNIER, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux
G. GUIRAUDON, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux
J.C. PATEL, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux
F. DUBOIS, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux
J. MOREAUX, Chirurgien des Hôpitaux
J.N. MAILLARD, Professeur agrégé
C. RICHARD, Chirurgien des Hôpitaux
F. FEKETE, Professeur agrégé, Chirurgien des Hôpitaux
C. GILLOT, Professeur

A MES MAITRES DANS LA FACULTE :

Monsieur le Professeur A. DELMAS
Monsieur le Professeur C. CABROL
Monsieur le Professeur agrégé G. GUIRAUDON

A MES AMIS

I N T R O D U C T I O N

Le traitement de la pancréatite aiguë a subi de multiples évolutions depuis la description princeps de SCHMACKFEFFER en 1817, le domaine de la pancréatite aiguë étant lui-même démembré en ses variétés anatomiques et étiologiques. OPPIE, en découvrant en 1909, lors de l'autopsie d'un sujet décédé de pancréatite aiguë, un calcul enclavé dans l'ampoule de VATER et permettant le reflux de bile dans le canal de WIRSUNG, soulève la théorie du reflux biliaire dans la genèse des pancréatites aiguës. L'avenir montrera que ce reflux est des plus banal, et ne peut qu'exceptionnellement déclencher un syndrome pancréatique. Cependant cette théorie sera à la base de tentatives thérapeutiques diverses, que nous aurons l'occasion de revoir, de même que les autres hypothèses pathogéniques seront suivies d'essais thérapeutiques.

Ce traitement fut d'abord chirurgical, sous l'impulsion de BROCC et VARANGOT, qui proposaient une évacuation de l'hématome et des tissus nécrotiques, suivie de tamponnement par mèches. La forte mortalité de ce type d'intervention fit quelque peu diminuer les espoirs que l'on pouvait placer dans la chirurgie, puisque BROCC rapporte en 1934, 20 % de décès sur 105 cas de pancréatite oedémateuse, et 75 % de mortalité sur 235 cas de pancréatite nécrotique et hémorragique.

Cette forte mortalité due, en partie aux difficultés de réanimation pré, per et post-opératoire, fit renoncer à la chirurgie au profit du traitement médical, d'abord purement symptomatique, visant à lutter contre la douleur, le choc. L'essor des corticoïdes fit considérablement diminuer la mortalité et lorsque vers 1957-58, les auteurs allemands, puis strasbourgeois, rapportèrent les premiers succès des anti-enzymes, on crut le problème thérapeutique résolu. En fait, la mortalité était loin d'être nulle, puisque ROUX en 1963, fait état de 7,3 % de décès sur 55 pancréatites aiguës oedémateuses, et environ 30 % sur 186 pancréatites nécrotiques et hémorragiques.

Cependant, dès 1957, de nouvelles tentatives chirurgicales avaient été faites, visant notamment à permettre une meilleure évacuation biliaire et pancréatique, par la sphinctérotomie et le drainage du WIRSUNG, sous l'impulsion, notamment de LEGER et son école.

A l'heure actuelle, les grands espoirs mis dans les anti-enzymes, ont été partiellement déçus, et il paraît admis par beaucoup qu'ils n'ont qu'une influence relative sur l'évolution de la pancréatite : ils demeurent sans effet sur les pancréatites nécrotiques sévères qu'ils n'empêchent pas d'évoluer vers la mort ni sur la morbidité importante des formes de gravité moyenne dont ils n'enrayent pas les complications. C'est la raison pour laquelle, il est permis de se demander si la chirurgie a définitivement perdu droit de cité dans le traitement immédiat des pancréatites aiguës, ou si au contraire, à la condition d'en poser les indications avec rigueur, elle ne peut pas permettre de diminuer la mortalité et la morbidité de cette affection.

Tel est le but de ce travail pour lequel nous utiliserons les observations du service du Professeur LEGER, en ne tenant compte que des pancréatites aiguës vérifiées opératoirement ou à l'autopsie, soit un total de 36 cas, et les observations rapportées dans les publications françaises anglo-saxonnes, et soviétiques.

Nous pouvons faire état de 36 observations de pancréatite aiguë authentique, vérifiée, soit lors d'intervention, soit au cours d'autopsie, sur un total de 67 cas, les 31 autres cas étant considérés comme étant des pancréatites aiguës sur les résultats des examens biologiques.

Nous constatons ainsi qu'un peu plus de la moitié de nos pancréatites aiguës ont été authentifiées, notamment lors d'interventions réalisées, soit dans le service du Professeur LEGER, soit par d'autres chirurgiens en pratique de ville, ces interventions ayant été le plus souvent réalisées en l'absence de diagnostic certain.

SEXE

Ces 36 observations concernent :

- 14 femmes ;
- 22 hommes.

La moyenne d'âge des femmes étant de 60 ans, avec des extrêmes de 25 à 74 ans.

Chez les hommes, cette moyenne d'âge est de 39 ans, avec des extrêmes de 21 à 67 ans.

Il apparaît donc que la pancréatite aiguë atteint plus volontiers l'homme de 40 ans et la femme autour de la soixantaine ; sans doute faut-il voir là, l'influence de l'ethylisme chez l'homme, des affections biliaires chez la femme.

ETIOLOGIE

- Lésions des voies biliaires :

Nous retrouvons 5 lithiases des voies biliaires, dont 4 cas chez la femme, et 1 cas chez l'homme.

Les affections des voies biliaires sont donc dans notre série à l'origine de 14 % des pancréatites aiguës, ce qui correspond à un pourcentage nettement inférieur à celui de certains auteurs, et notamment de LATASTE, mais on peut se demander si cet auteur ne compte pas parmi ses pancréatites aiguës, certaines réactions pancréatiques, comme il est commun d'en rencontrer au cours des affections biliaires.

- Pancréatites aiguës post-opératoires :

Nous pouvons faire état de 3 cas soit un pourcentage de 8,1 %.

- observation 17 : pancréatite aiguë secondaire à une choledocotomie avec exploration instrumentale de la voie biliaire principale ;

- observation 25 : pancréatite aiguë secondaire à une gastrectomie ;

- observation 30 : pancréatite aiguë secondaire à une sphinctérotomie, la technique de celle-ci n'ayant pu être précisée.

Sur ces 3 pancréatites aiguës post-opératoires, 2 ont évolué vers la mort (observations : 25-30), ce qui confirme la gravité des pancréatites aiguës de cette origine.

-Les 28 autres cas peuvent être considérés comme des pancréatites aiguës primitives, mais l'éthylisme est retrouvé dans un nombre non négligeable d'observations.

EVOLUTION DES PANCREATITES AIGUES

Nous avons, en fonction des données opératoires ou nécropsiques, beaucoup plus que sur les renseignements cliniques, classé nos pancréatites aiguës en :

- pancréatites aiguës de faible intensité ou pancréatites aiguës oedémateuses ;
- pancréatites aiguës de moyenne intensité, correspondant à la découverte de nécrose localisée ou de cytostéatonécrose étendue ;
- pancréatites aiguës graves, correspondant aux nécroses étendues.

•
• •

EVOLUTION DES PANCREATITES AIGUES OEDEDATEUSES

Nous pouvons faire état de 11 cas de pancréatites aiguës oedémateuses avec un recul allant de quelques mois à 11 ans.

Sur ces 11 cas, deux ont été perdus de vue, et 3 nous paraissent avoir un recul insuffisant pour pouvoir valablement être tenus en considération (observations : 26-29-31).

6 observations nous paraissent donc utilisables.

Nous avons considéré les problèmes évolutifs d'une part en fonction de l'évolution immédiate, d'autre part en fonction de l'évolution ultérieure.

L'évolution immédiate a été constamment favorable, avec notamment régression du syndrome douloureux, et des signes biologiques. Mais, dans 4 cas sur 6, on a assisté à une réapparition précoce des douleurs (2 mois en moyenne) avec :

- dans 1 cas, constitution d'un pseudokyste qui fût d'abord drainé, puis qui fit l'objet deux mois plus tard, d'une pancréa-tectomie gauche. Ce malade, ethylique, devait décéder 7 ans plus tard, mais, en ayant eu pendant ces 7 années une symptomatologie douloureuse évoquant un passage à la chronicité ;

- dans 3 cas, fréquentes récurrences douloureuses (recul, 11 ans, 8 ans et 2 ans), pouvant faire craindre également une évolution vers une pancréatite chronique.

- Par contre, 2 résultats favorables paraissent se maintenir, au bout de 7 ans (obs. 9) et 3 ans (obs. 22), mais ce dernier, au prix d'une fistule biliaire intermittente.

Il apparait donc que les pancréatites aiguës oedéma-
teuses, ont une évolution immédiate favorable, et une évolution
tardive variable, et dans laquelle la fréquence de la persis-
tance des douleurs ou de la récurrence de celles-ci, est loin
d'être négligeable, aboutissant, nous le pensons, dans un grand
nombre de cas à la Chronicité.

Ce fait, correspond aux conclusions de notre Maître,
le Professeur LEGER dans sa publication : "pancréatite chroni-
que, étape ultime de la pancréatite aiguë (Presse Médicale 70,
n° 45, 2095-2098).

EVOLUTION DES PANCREATITES AIGUES OEDEMATÉUSES

Traitement	Suites	Recul	Conclusions
Cholécystostomie Drainage du Wirsung.	Récidive douloureuse 2 mois après l'intervention. Persistance des douleurs malgré cholécysto-duodénostomie	11 ans	Pancréatite chronique probable.
Cholecystectomie Sphinctérotomie	Récidive douloureuse 2 mois après l'intervention. Persistance des douleurs	8 ans	Pancréatite chronique probable.
Drainage d'un pseudo-kyste	Pancréatectomie gauche 2 mois plus tard. Récidive douloureuse 2 mois après	7 ans	Décès à la 7ème an. Pancréatite chronique probable.
Sphinctérotomie	Disparition des douleurs.	7 ans	Guérison
Novocaïne locale	Malade perdu de vue		
Cholécystostomie	Disparition des douleurs, mais fistule biliaire intermittente.	3 ans	Guérison
Traitement médical	Une crise douloureuse depuis l'intervention	1 an (insuffis)	
Splanchicectomie droite	Disparition immédiate des douleurs	Malade non revu	
Novocaïne + A.E. locaux	Récidive douloureuse, mais bilan normal.	2 ans	Pancréatite subaiguë récidivante ?
Médical	1 récidive douloureuse.	1 an (insuffis)	
Cholécystostomie	Récidive douloureuse 4 mois + tard : splanchicectomie gauche. Disparition des douleurs	1 an (insuffis)	

EVOLUTION DES PANCREATITES AIGUES DE MOYENNE INTENSITE

Notre série comporte 17 observations avec un recul allant de quelques mois à 8 ans.

5 malades n'ont pu être revus, et pour 2 autres le recul nous paraît être insuffisant pour que leurs observations soient jugées utilisables.

Les suites immédiates ont été compliquées dans 3 cas :

- constitution d'un abcès sous-phrénique droit qui nécessita une évacuation au 37ème jour, puis celle d'une fistule bilio-digestive, avec opacification du duodénum lors de la fistulographie. Cette fistule devait se tarir spontanément, mais le malade devait être revu un an plus tard, pour nouvelle fistule inguinale, cette fois, avec opacification d'un trajet ascendant remontant jusqu'à L3 (obs. 8) : malade perdu de vue depuis.

- collection abcédée de l'arrière cavité des épiploons, nécessitant une intervention au 18ème jour, suivie d'une fistule pancréatique externe, qui nécessita un drainage du WIRSUNG, 3 mois après la première intervention ; ce drainage devait amener l'assèchement de la fistule. Depuis le malade ne souffre plus (recul 7 ans : obs. 12) ;

- une collection nécrotique de l'arrière cavité des épiploons, entraînant une compression du bas-cholédoque, et un reflux du duodénum. Cette collection dû être évacuée au 17ème jour. Depuis disparition du syndrome douloureux (recul : 4 ans. Obs. 16).

A distance, nous avons :

- 4 indolences quasi-absolues : observations 12 et 16 sus-décrites, observation 7 (disparition des douleurs après sphinctérotomie : recul 6 ans), observation 23 (recul 2 ans 1/2) ;

- 4 malades ont des crises douloureuses intermittentes, laissant supposer un passage à la chronicité, observations : 2-5 (Décès à la 3ème année, d'insuffisance cardiaque : 16-21.

- 1 malade chez lequel le passage à la chronicité est certain, puisqu'il dût subir 3 ans plus tard, une duodéno-pancréatectomie céphalique, pour lithiase pancréatique ;

- enfin, 1 malade est décédé 2 ans plus tard des suites d'une cholécystectomie, mais le pancréas fût trouvé sain lors de cette intervention.

Nous retrouvons ainsi dans notre courte série, les complications classiques des pancréatites aiguës de gravité moyenne : collections nécrotiques ou abcédées, fistules pancréatiques ou bilio-digestives, compression des éléments vasculaires ou biliaires. A long terme, l'évolution de ces pancréatites nous semble grévée par la reprise du syndrome douloureux, avec passage possible à la chronicité. Ce fait nous paraît en accord avec la théorie uniciste (CATTEL, LEGER, MERCADIER), d'évolution de la pancréatite aiguë vers la pancréatite chronique, en opposition avec la théorie dualiste (SARLES) faisant de ces deux affections, deux maladies autonomes.

EVOLUTION DES PANCREATITES AIGUES D'INTENSITE MOYENNE

Intervention	Recul	Suites	Conclusion
Cholecystostomie	8 ans	Suspicion de faux kyste à la 7ème année quelques douleurs à 8 ans.	Pancréatite chronique probable.
Cholecystostomie	3 ans	Récidive douloureuse	^a Décès au bout de la 3e année (Insuf. Cardio-Respiratoire) P.C. Possible
Cholecystostomie	8 ans	Douleurs intermittentes	Possibilité de P.C.
Cholecystostomie	6 ans	Récidive douloureuse au 2ème mois. Sphinctérotomie	Plus de douleurs depuis la sphinctérotomie : guérison
Cholecystostomie + Sphinctéroplastie		Fistule bilio-digestive. Abscès sous-phrénique.	Malade perdu de vue au bout de 1 an.
Drainage de la loge pancréatique	7 ans	Abscès rétro-gastrique. Fistule pancréatique.	Disparition des douleurs. Guérison.
Cholecystostomie		Malade perdu de vue	
Cholecystostomie		Malade perdu de vue	
Cholecystostomie	4 ans	Collection nécrotique rétro-gastrique Occlusion.	4 ans plus tard indolence. Guérison
Drainage		Malade perdu de vue	
Drainage		Malade perdu de vue	
Splanchnicectomie gauche	2 ans		2 ans plus tard : cholecystectomie (pancréas normal) Décès (hématémèses
Drainage	3 ans	Récidive douloureuse précoce : splanchnicectomie 2 ans plus tard. Récidive douleurs	Pancréatite chronique probable.
Cholecystostomie	2 ans 1/2		Guérison
Cholecystostomie	5 ans	Récidive douleurs. Duodéno-pancréatectomie céphalique pour lithiase	Lithiase pancréatique
Drainage d'un faux kyste	4 mois	Recul insuffisant	
Drainage		Recul insuffisant	Bon résultat immédiat
Drainage		Recul insuffisant	Bon résultat immédiat

EVOLUTION DES PANCREATITES AIGUES GRAVES

Nous pouvons rapporter 7 cas de pancréatites aiguës sévères, 6 nécrotiques, et une correspondant à un hématome global du pancréas.

Cette sévérité de l'affection a été plus une découverte opératoire qu'un diagnostic pré-opératoire, car ainsi que nous le reverrons, la clinique et la biologie ne permettent que rarement de juger de la sévérité de la pancréatite.

Ces 7 cas, ont évolué vers la mort.

L'évolution pré-mortem a été émaillée :

- dans un cas, d'hématémèses, qui ne cédèrent pas à un refroidissement par cooling (obs. 30) ;

- dans un cas, d'insuffisances rénale et cardiaque irréversibles (Obs. 35).

Ces 7 observations, dont 2 post-opératoires confirment la gravité des pancréatites nécrotiques étendues.

EVOLUTION DES PANCREATITES NECROTIQUES ET HEMORRAGIQUES
SEVERES

Découverte opératoire	Traitement	Suites	Autopsie
Nécrose céphalique	Méchage	Décès au 12ème jour	Pancréas "en bouillie"
Nécrose céphalique	Cholecystostomie	Décès au 16ème jour	0
Hématome total	Cholecystostomie	Décès au 4ème jour. Coma hyper- thermique	
	Médical	Décès	Nécrose isthmi- que
(pancréatite aiguë post-opératoire)	Médical	Décès au 8ème jour	Nécrose totale
Nécrose céphalo- corporeale. (post-sphinctérotomie)	Médical	Décès au 9ème jour (hématémèse)	0
Nécrose céphalique + Sphacèle du colon transverse (gauche)	Hémi-colectomie + Drainage.	Décès au 4ème jour Insuffisance rénale.	0

Un point intéressant et qui demeure mal élucidé, est celui du siège de la lésion initiale.

En admettant, en effet, que cette lésion nécrotique puisse se propager, de proche en proche, ce qui n'est pas prouvé, il serait d'un grand intérêt de connaître le point de départ de cette nécrose, en espérant que l'éradication de ce foyer initial permettrait d'enrayer l'évolution ultérieure.

SERGA écrit : "la désagrégation du pancréas, qui débute habituellement au niveau de la portion céphalique se poursuit très souvent malgré les traitements, s'étend vers le corps de la glande, et l'évolution se fait vers la mort, soit du fait de la destruction totale de la glande, de péritonite surajoutée et d'hémorragies par suite de destruction de gros vaisseaux.

Sur nos 36 cas, nous retrouvons effectivement un fort pourcentage de lésions céphalo-corporéales, puisqu'elles correspondent à la moitié de ceux-ci : 18 cas, sans compter ceux où le siège de la lésion n'était pas précisé sur le compte-rendu opératoire. Ce siège a été notamment retrouvé dans 5 des 7 cas ayant évolué fatalement.

Faut-il penser qu'une exérèse précoce de ce foyer nécrotique aurait pu stopper une évolution fatale ?

L'évolution des pancréatites aiguës oedémateuses, paraît donc relativement favorable, celle des pancréatites nécrotiques, quasi-constamment fatale.

On peut espérer une guérison médicale des premières : il nous paraît, au contraire, que, seule, peut-être la chirurgie, peut permettre une survie des secondes.

C'est la raison pour laquelle, nous avons cherché un élément permettant de reconnaître les différentes formes de pancréatite.

CLINIQUEMENT

Il est classique de considérer que l'intensité du syndrome douloureux et du choc, est un argument en faveur des pancréatites nécrotiques. Ceci semble également ressortir de l'étude de nos observations, sans cependant que nous puissions considérer ces signes cliniques, comme des arguments suffisants pour différencier les types de pancréatite aiguë.

BIOLOGIQUEMENT

Il est admis de longue date que les variations de l'amylasémie et de l'amylasurie, ne sont pas en rapport direct avec l'état anatomique du pancréas. C'est ainsi que nous avons pu trouver des taux d'amylasémie supérieurs à 2000 U.S. au cours de pancréatite aiguë oedémateuse (Obs. 31), alors que ces taux ont pu ne pas dépasser 35 U.S. au cours de pancréatites nécrotiques ayant évolué vers la mort (Obs. 11).

On a beaucoup insisté sur les modifications de la Calcémie, dont la baisse, à des examens répétés, aurait une valeur pronostique défavorable. Ce dosage n'a pas été effectué de

façon systématique et répétée dans les quelques cas que nous rapportons, mais il ne nous est pas apparu de modifications significatives de cette calcémie, même dans les cas évoluant défavorablement, et notamment, nous n'avons jamais enregistré de taux inférieur à 90 mg/l. Cependant, notre courte série est insuffisante pour en tirer des conclusions valables.

L'étude de la lipasémie, n'a pû être faite qu'exceptionnellement. Elle ne nous a pas permis de différencier pancréatite oedémateuse et nécrotique, tout comme la recherche de la methémalbumine, recherche qui n'a jamais été positive dans les quelques cas où elle a été faite.

De plus d'intérêt nous paraît être l'étude des inhibiteurs de l'élastase : il semble que des taux élevés de ceux-ci soient en faveur d'une pancréatite aiguë grave, et, que surtout des taux demeurant élevés, malgré des dilutions progressives, caractérisent la gravité de l'affection. Une étude est en cours dans ce sens, dans le service du Professeur LEGER, mais il est encore trop tôt pour en affirmer la valeur.

Au total, jusqu'à présent, réserve faite, peut-être des inhibiteurs de l'élastase, il nous paraît, que, ni la clinique, ni la biologie, ne permettent de différencier avec certitude, pancréatites aiguës oedémateuses et pancréatites aiguës nécrotiques. Ce fait, pourrait être un argument en faveur d'une intervention précoce.

TRAITEMENT MEDICAL

Nous n'avons pas pour but de le décrire en détail, mais d'en rapporter simplement les principales modalités thérapeutiques.

Il comporte :

- Une mise au repos du tube digestif par :

- . suppression de tout apport alimentaire ;
- . aspiration gastrique continue ;
- . atropine, à raison d'un mg/j, ou mieux Priamide dans un but anti-secrétoire.

- Une réanimation parentérale, tenant compte des déperditions hydro-électrolytiques. Le sang, dans la phase aiguë, est un excellent moyen de lutter contre le choc initial.

- Une lutte contre le choc par :

- . rétablissement de la masse sanguine circulante ;
- . emploi des corticoïdes : hémissuccinate d'hydrocortisone aux doses variant entre 300 et 500 mg/24 h. FACEY (33) a montré que le rétablissement de la masse sanguine suffit dans la majorité des cas à lever le choc, sans l'appoint des corticoïdes;

- Une lutte contre la douleur : non par les opiacés, qui peuvent entraîner un spasme du sphincter d'ODDI, mais par la xylocaïne ou la novocaïne administrée dans les perfusions. Les anti-enzymes, enfin, ont un effet antalgique certain.

- L'administration d'antibiotiques doit être systématique bien que leur parvenue au contact des foyers de nécrose soit discutable, puisque ceux-ci sont précocément exclus de la circulation sanguine. Ils auraient cependant l'avantage de prévenir une éventuelle dissémination septicémique.

- Les anti-enzymes : ceux-ci ont suscité de grands espoirs et de grandes déceptions. Administrés par voie parentérale, ceux des anti-trypsiques les plus employés en France sont :

. L'Iniprol qui freinerait l'activation de la trypsine et inhiberait la trypsine circulante ;

. Le Zymofren, qui diminue le pouvoir protéolytique de la trypsine, et inhibe la kallikréine.

Tous deux freinent la transformation du plasminogène en plasmine et ont donc une action anti-fibrinolytique.

Ils seront donnés aux doses moyennes de :

- . 5 à 10 millions pour l'Iniprol ;
- . 30 à 100.000 unités pour le Zymofren.

En fait, il paraît à l'heure actuelle certain qu'ils n'ont pas un rôle curatif aussi bien défini que celui que l'on a voulu leur attribuer :

. administrés par voie sanguine, ils ne peuvent parvenir au contact du foyer nécrotique lui-même, exclu de la circulation et ne peuvent donc stopper son évolution. Signalons cependant des tentatives d'apport direct d'anti-enzymes au contact des foyers nécrotiques, par cathétérisme du tronc coeliaque et de la mésentérique supérieure (GRÖZINZER).

. Par contre, leur action sur la douleur est indéniable, de même que sur le collapsus.

Signalons enfin, deux tentatives particulières :

LA REFRIGERATION :

- soit par-opératoire (glace dans l'arrière cavité des épiploons) ;

- soit réfrigération gastrique, par ballonnet, type cooling, ou par tout autre procédé (Vinogradoff). Elle est basée sur le fait qu'une hypothermie aux alentours de 3° entraîne une diminution de la sécrétion pancréatique et de la concentration amylasémique du suc pancréatique, ainsi qu'une diminution de l'activité trypsique du suc pancréatique, et une chute de l'amylasémie.

Elle a été employée à 8 reprises par LOYGUE (A.C. Vol. 19, Fev. 1965), avec pour résultats :

- . 3 cas de P.A.H. : 2 décès ;
- . 2 ruptures du pancréas : 1 décès ;
- . 3 poussées de pancréatite aiguë sur pancréatite chronique : 3 succès.

Ce petit nombre de cas ne permet pas de tirer des conclusions valables. Les auteurs ont cependant constaté, la disparition totale du phénomène douloureux contre lequel le traitement médical classique était inefficace, et la réapparition des douleurs à l'arrêt de la réfrigération.

LA DYALISE PERITONEALE :

Elle est basée sur le fait que la nécrose pancréatique entraîne une libération d'enzymes protéolytiques dans la cavité péritonéale, et que la réabsorption de ces enzymes contribue à l'aggravation de l'atteinte tissulaire et du choc.

Employée par WALL (116), elle a donné 2 succès sur 3 cas.

Le traitement médical a été constamment associé au geste chirurgical dans nos 36 observations, avec emploi des anti-enzymes dès leur commercialisation.

Il a été utilisé à l'état isolé dans 30 autres cas, dont nous ne tiendrons pas compte pour ce travail, puisqu'il s'agit de pancréatites dont la preuve n'a pas été faite opératoirement.

TRAITEMENT MEDICAL SEUL

Noms N° Obs.	Sexe Age	Année d' Hospitali- sation.	Symptoma- tologie	Laps de temps entre le début de la cri- se et l'interven- tion	Résultats biologiques
Mme D.. n° 24	F 60 a.	14/3/64	Douloureux + Collapsus.	Syndrome douloureux récidivant depuis août 1963.	Amylasémie 2.000 U.S Amylasurie 250 U.W
Mr. CA.. n° 25	M 55 a.	Aout 1965	Douleurs + Collapsus	8 jours	Amylasémie 1.400 U.S

TRAITEMENT MEDICAL SEUL

Type de la Pancréatite				Résultats Immédiats	Compte-Rendu autopsique.
<u>Primitive</u>	<u>Secondaire</u>				
	Lithia- se	Post- Opér	Au- tres		
+				Décès malgré un trai- tement par les anti- enzymes ayant été entre- pris dès le début de la crise, 3 sem. auparavant	Vaste zone de né- crose entre la tête et l'isthme
		+		Début de la P.A. 2 jours après une gastrectomie. Décès, 8 jours après le début de la P.A.	Nécrose totale de la tête.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous serons brefs sur certaines techniques qui nous paraissent d'un intérêt relatif.

LA SPLANCHNICECTOMIE

Si son efficacité sur les douleurs des pancréatites chroniques est admise par beaucoup, si TOOLE et CHRYSOPATHIS (111) ont prouvé qu'elle pouvait avoir une action préventive sur la pancréatite subaiguë récidivante, il semble qu'elle ne puisse avoir aucune action sur le cours d'une pancréatite aiguë en évolution.

Seuls, MOULONGUET et VERNE (M.A.C. 1953 n° 31-32), rapportent 3 cas de pancréatite aiguë avec guérison par la splanchnicectomie, mais il s'agit en fait de poussées de pancréatite subaiguë, dont la splanchnicectomie semble avoir prévenu la récurrence, bien que le recul des observations soit insuffisant pour affirmer la guérison.

Nous pouvons faire état de deux cas de splanchnicectomie faite en semi-urgence :

- chez un homme de 47 ans, présentant des poussées de pancréatite subaiguë récidivante, avec amylasémie à 900 U.S., et découverte au cours de l'intervention d'une petite zone de nécrose au niveau de l'isthme. La splanchnicectomie gauche eut un résultat immédiat satisfaisant (Obs.19) et ce malade réopéré 2 ans plus tard pour cholécystite aiguë avait un pancréas normal à l'exploration ;

- chez un homme de 38 ans, opéré pour syndrome douloureux abdominal et subictère, ayant déjà présenté des poussées douloureuses, et avec une amylasémie à 750 U.S. lors de l'intervention. Celle-ci mit en évidence une tuméfaction de la tête du pancréas, mais la réponse de l'examen histologique à un prélèvement biopsique fût pancréatite chronique. Le résultat immédiat sur les douleurs de la splanchnicectomie fût bon (Obs. 27).

Il nous paraît donc que cette intervention ne peut avoir que des indications exceptionnelles dans la pancréatite aiguë. Il nous semble que le même résultat, sur la douleur, peut être obtenu par des infiltrations splanchniques de novocaïne.

SPLANCHNICECTOMIE

Noms N° Obs.	Sexe Age	Année d' Hospitali- sation.	Symptoma- tologie	Laps de temps entre le début de la cri- se et l'interven- tion	Résultats biologiques
Mr A... n° 20	M 47 ans	Octobre 1962	Douloureux	Pancréatite subai- gue récidivante	Amylasémie : 400 puis : 500 US Amylasurie : 810 U.W.
Mr D... n° 28	M 38 ans	Juin 1966	Douloureux + subictère	Pancréatite subai- gue récidivante	Amylasémie : 750 US Amylasurie : 64 U.W.

SPLANCHNICECTOMIE

Type de la Pancréatite				Compte-Rendu	Résultats	Résultats
Primi-	Secondaire			Opératoire	Immédiats	éloignés
tive	Lith.	Post	Au-			
	Op.	Op.	tres			
+	!	!	!	Tête et queue: nles petite zone de né- crose au niveau de l'isthme. Splanchni- cectomie gauche	Simple	Opéré en décembre 1964 de cholecystite aiguë. Décès dans un tableau de choc bac- tériémique & Hémat.
	!	!	!	Tuméf. de la tête Examen hist. montre ra qu'il s'agit en fait d'l pancréati- te chronique	Bons	

LE DRAINAGE DE LA LOGE PANCREATIQUE

Il présente plusieurs modalités, et il faut distinguer :

- le drainage préconisé par BROCCQ et VARANGOT, qui consiste en une ouverture de la loge pancréatique, une évacuation de l'hématome et du tissu de nécrose, suivies d'un tamponnement par mèches ou par lames de caoutchouc ;
- le drainage simple, en regard du foyer, sans ouverture de la loge pancréatique.

Ce dernier type de drainage est pour beaucoup, le seul geste admis, joint à une cholécystostomie, au cours d'une laparotomie pour pancréatite aiguë, que celle-ci soit oedémateuse ou que l'on soit en présence d'une collection nécrotique ou hémattique. Les modalités du drainage sont variables, soit par voie abdominale antérieure, soit par voie lombaire. C'est le geste que préconise MERCADIER (M.A.C. Tome 89 n° 7-8), associé à l'exérèse de tous les fragments extirpables. MERCADIER conclut en disant que "la fistule peut être la rançon de ce procédé, mais elle dérive à l'extérieur le suc pancréatique corrosif".

Ce drainage a été réalisé 13 fois dans le service du Professeur LEGER :

- chez un homme de 27 ans ayant déjà fait l'objet d'une laparotomie exploratrice pour pancréatite oedémateuse 2 ans auparavant. L'intervention faite 3 jours après le début de la nouvelle crise douloureuse mit en évidence un foyer de nécrose pancréatique que l'on se contenta de mécher. Ce malade devait décéder 2 jours plus tard, et l'autopsie découvrir un pancréas en "bouillie" (Obs. 10).

- chez un homme de 50 ans (Obs. 1e) opéré en urgence le jour même de la crise douloureuse. A l'intervention : hématome du pancréas. Les suites du simple drainage furent marquées par la constitution d'un abcès rétro-gastrique qui dû être évacué un mois plus tard, puis par une fistule pancréatique qui réclama une nouvelle intervention 2 mois après. Mais, avec 7 ans de recul, le malade ne souffre plus ;

- chez une femme de 53 ans, opérée 30 jours après le début de la crise. A l'intervention : lésion nécrotique de petite taille située au niveau de la tête pancréatique. Le seul drainage de la loge entraîne un résultat immédiat satisfaisant (Obs. 14) ;

- chez un homme de 21 ans, opéré le jour même de la crise douloureuse, et chez lequel une intervention découvrit une pancréatite oedémateuse localisée à la tête ; les suites opératoires furent simples, mais le malade n'a pu être revu (Obs. 20) ;

- chez un homme de 20 ans, opéré en urgence : pancréatite oedémateuse : suites immédiates satisfaisantes, mais récidives douloureuses nécessitant une splanchnicectomie 2 ans plus tard (Obs. 21) ;

- Observations 27 et 28 : pancréatites aiguës oedémateuses. Suites opératoires bonnes, mais récidives précoces du syndrome douloureux ;

- Observation 30 : homme de 54 ans. Pancréatite aiguë post-opératoire (sphinctérotomie : décès dans un tableau d'hématémèse 8 jours après le drainage, malgré une tentative de réfrigération par cooling ;

- Observation 34 : femme de 72 ans. Pancréatite nécrotique peu étendue localisée à la tête : bons résultats immédiats. Recul insuffisant ;

- Observation 35 : femme de 75 ans; Nécrose céphalique + nécrose colique. Décès au 4ème jour d'insuffisance cardio-respiratoire et rénale.

- Observation 36 : femme de 79 ans. Pancréatite aiguë de moyenne intensité : bons résultats immédiats, mais recul insuffisant.

En conclusion, nous pensons que le drainage de la loge pancréatique, peut avoir quelque efficacité immédiate dans les pancréatites oedémateuses. Par contre, il ne change en rien l'évolution ultérieure de ces pancréatites, et l'évolution immédiate, le plus souvent fatale, des pancréatites nécrotiques.

N° Obs.	Sexe Age	Année d' Hospitali- sation.	Symptoma- tologie	Laps de temps entre le début de la cri- se et l'interven- tion.	Résultats biologiques
n° 10	M 27 ans	12 Fév. 1960	Doul. Pancréat. Sub. Récidiv. Opérée en 1958	3 jours	Amylasurie 512 U.W.
n° 12	M 50 ans	23 Juil. 1960	Douleurs	En urgence	Amylasémie 560 U.S.
n° 14	F 53 ans	Décembre 1962	Douleurs Fièvre. Ictère	3 semaines	
n° 20	M 21 ans	Février 1963	Douleurs	En urgence	Amylasémie : 340 Amylasur: 102
n° 21	M	10 Novem. 1963	Douleurs	En Urgence (dg: per- foration d'ulcère)	
n° 26	M 21 ans	Octobre 1966	Doul. Panc. Sub. Récidiv. Op. en août 1966	Hospitalisé pour bilan après draina- ge	Amylasémie : 216 Amylasur.: 12
n° 28	M 35 ans	Mars 1967	Douleurs	Hospitalisé pour bilan 1 drainage ef- fectué Juillet 1965	Amylasémie
n° 29	M 35 ans	Octobre 1966	Récidive dou- loureuse	Opéré en Octobre 1965	Normaux
n° 30	M 54 ans	Novembre 1965	Asymptomatique (post-sphino- térotomie).	4 jours	
n° 34	F 73 ans	24 Nov. 1967	Douleurs	En urgence	Amylasémie s- périeure à 2000 U.S.
n° 35	F 74 ans	20 Déc. 1967	Douleurs	En urgence	
n° 36	F 79 ans	17 Fév. 1968	Douleurs + Fièvre	3 jours	

pe de la pancréatite	imi!Lith!Post-Opér.	Compte-rendu Opératoire	Résultats Immédiats	Résultats éloignés
+		Foyer Nécrose localisée. Une mèche	Décès 17/2/60 "Pancréas en bouillie"	
+		Hématome pan- créatique étén- du.	Abscès rétrogas. évac. 11/8/60. Fist. pan. Opérée 26/10/60	7 ans plus tard ne souffre plus
+		Nécrose céphal localisée	Bons	Malade perdu de vue
+		P.A.O. de la tête	Bons	" "
+		P.A.O.	Bons	Récid. Doul. Préc. Splanchn. Gauche 26.II.65. Nle Ré- cidive Mars 66
+		P.A.O.	Bons	Récidives doul. Bilan normal.
+		P.A.O.	Bons	Récidives doul. Précoces. Bilan normal
+		P.A.O.	Bons	Récidives dou- loureuses
	Post-Sphinc- térotomie	Nécrose cépha- lo-corporéale	Hématémèse ++. Décès le 4/12/65 malgré "cooling"	
+		Cytostéato- nécrose étén- due.	Bons	Recul insuffi- sant.
+		Nécrose cépha- lique + Nécrose colique	Décès au 4ème jour Insuffisance car- diaque et rénale	

LA RESECTION DE LA CAPSULE PANCREATIQUE

Toute différente de la dilacération des anciens auteurs, elle a été récemment préconisée par des chirurgiens roumains (GILORTANEU-PRODESCU, Int. Surg. Vol. 45 n° 4 (38)).

Ces auteurs proposent une résection de la capsule antérieure du pancréas et du péritoine pariétal postérieur, recouvrant le pancréas, considérant que la capsule pancréatique, est suffisamment résistante pour s'opposer à la distension du parenchyme en cas de pancréatite aiguë, et que ce manque d'expansibilité conduit à une asphyxie des cellules glandulaires et à une excitation des formations nerveuses environnantes. La capsulectomie va entraîner une diminution de l'oedème, en libérant la glande de sa capsule fibreuse, et en faisant une neurectomie péripancréatique, va supprimer de nombreux baro-récepteurs, dont l'excitation violente en cas de pancréatite aiguë, contribue largement au développement du collapsus".

Les auteurs rapportent 20 cas de capsulectomie au cours de pancréatite aiguë : 16 en urgence, 4 après 24 à 48 heures de traitement médical.

Ils obtiennent 18 résultats favorables immédiats et 2 décès, et comparent à un autre groupe de 20 pancréatites aiguës : 8 traitées médicalement avec 3 décès, 12 traitées chirurgicalement (drainage et cholécystostomie) avec 8 décès. Mais, ils ne précisent pas le type de leurs pancréatites.

Nous n'avons aucune expérience de cette technique, qui peut cependant avoir l'avantage en ouvrant le péritoine prépancréatique, de visualiser les lésions du pancréas lui-même, ce qui nous paraît important comme nous aurons l'occasion de le voir plus loin.

CHOLECYSTOSTOMIE

Noms N° Obs.	Sexe Age	Année d' Hospitali- sation.	Symptoma- tologie	Laps de temps entre le début de la cri- se et l'interven- tion	Résultats biologiques
Mr. A1. n° 2	M 32 ans	1959	Occlusive et Douloureuse	24 heures	Amylasémie normale
Mr. SO. n° 5	M	1959	Douloureux	21 jours	Amylasémie normale
Mr. JE. n° 6	F 63 ans	1959	Douloureux	21 jours	Amylasémie normale
Mme BA. n° 7	F 29 ans	1961	Douloureux Hyperther- mique	6 jours	Amylasémie Normale
Mr. CA. n° 11	M 39 ans	1960	Douloureux	24 heures	Amylasémie:35 US Amylasurie:256 UW
Mme BE n° 13	F 67 ans	1967	Douloureux + Tétanie	le jour même	Amylasémie non faite
Mr. M... n° 15	M	31/I/63	Doul(dg:per for.Ulcus) + Choc	le jour même	Amylasémie non faite
Mme MAL n° 16	F 51 ans	1963	Douloureux	9 jours	Amylasémie : 450

CHOLECYSTOSTOMIE

Type de la pancréatite				Compte Rendu Opér.	Résultats Immédiats	Résultats Eloignés
Pri-miti-ve.	Lith.	Post-Opér.	Autres			
+				Pancréas aubergine : P.A.H.	Bons	Revu en 1966 pour suspicion de faux-kyste du pancréas, non confirmé. 1967 : quelques douls. mod. de temps à autre
+				Pancréatite oedémateuse	Bons	Décès en Décemb. 1963 Etat cachectique et nom- breuses Réc. douls. depuis l'intervention.
	+			Cytostéato- nécrose mo- dérée	Récidive douls. Cholecystecto. 15 jours + tard	
+				Pancréatite oedémateuse	Suspicion d'ab- cès sous-phréni- que	-Récidives douls. 2 mois après l'intervention -Cholecystectomie + sphinc. en 1962 -nette dimin. des douls. - résul. Stable en 1967
+				Enorme pan- créas + néc- comp. de la tête	Décès 4 jours plus tard	
+				Tuméfaction céphal. + zones de cy- tostéato- nécrose	Bons	Sphinctérotomie 3 mois plus tard
+				P.A.N.H. de la totalité de la glande	Décès 3 j. plus tard (Iniprol+)	
	+			Pancréatite sub. Oedéma- teuse.	Bons (Iniprol +)	Pseudo-kyste nécrotique opéré 1 mois plus tard 1967: n'a pas présenté de récurrences douloureuses.

CHOLECYSTOSTOMIE (suite)

Noms N° Obs.	Sexe Age	nnée d' Hospitali- sation.	Synptoma- tologie	Laps de temps entre le début de la cri- se et l'interven- tion	Résultats Biologique
Mr. Am. n° 18	M 45 ans	1962	Douloureux	Pancréatite subaigue récidiv. depuis 2 ans, prouvée biologique- ment.	Amylasémie 450 U.S.
Mme CH. n° 22	F 42 ans	3/1964	Crise Col. Hép. à répé- tition	Une semaine	Amylasémie : 850 U.S. Amylasur: 250
Mme B.. n° 23	F 49 ans	3/1964	Douloureux + Hypertherm.	Le jour même	Amylasémie S périeure à 1000 U.S.
Mr. CO. n° 31	M 44 ans	Avril 1965	Douloureux	8 jours	Amylasémie : 2000 U.S.
Mr. Ch. n° 32	M 31 ans	Octobre 1962	Douloureux	Opéré en province en Oct. 62. Hospit. à Cochin Juin 63. pour bilan (nl) car réc. doul.	
Mr. G.. n° 33	M 40 ans	Janvier 1967	Douloureux Panc. Sub. Réc. depuis 1963	30 jours	Amylasémie 1700 U.S. Amylasurie 512 U.U
Mme LA. n° 17	F 43 ans	16 Mars 1962	Douloureux	30 jours	CHOLEDOCOTC

CHOLECYSTOSTOMIE (suite)

Type de la pancréatite			Compte Rendu Opér.	Résultats Immédiats	Résultats éloignés
Pri- mari	Secondaire	Post Opér	Autre		
Lith.			Ethyl	Tête augm. Vol.avec pe tite zone nécrose	Bons
+ Lith. Vésic				Pancréatite Oedémateuse	Bons (Iniprol +) Revue en Mai 67. Ne souffre plus. Pte Fistule biliaire externe intermittente.
+				Tête Vol. et dure + foy. cytostato. nécrose.	Bons, mais amylasémie long. élevée (Iniprol +) 1967 : pas de Nlle crise douloureuse
				Pancréatite Oedémateuse	Bons (Iniprol +) Réc. Doul. en Février 1966. Splan. Gauche
+				P.A.H. avec nomb. taches de cytostéa tonécrose	Bons (Iniprol +) Réc. Doul. 8 mois après l'in- tervention. Duodéno pancréa. céphal. en 1967, pour pancréa- tite chronique
+				Collection nécrotique à point de départ is- thmique	Bons (Iniprol +) Revu en mai 1967 : va bien
	Chole- cystec- tomie + cho- ledoco- tomie			Foyer néc. au niv. tête et corps Choledocoto- mie faite antér. assu- rera le drainage	Bons

Le traitement chirurgical nous parait en fait, dominé par 3 types d'interventions :

- I- Les interventions de drainage des voies biliaires.
- II- Les interventions de drainage du pancréas.
- III- Les interventions d'exérèse pancréatique.

•
• •

LES INTERVENTIONS DE DRAINAGE DES VOIES BILIAIRES

Leur conception est basée sur la théorie canaliculaire du reflux biliaire dans le canal de WIRSUNG, comme facteur déclenchant de la pancréatite aiguë. Le drainage biliaire externe va alors jouer le rôle de soupape, en supprimant l'éventuel reflux Wirsungien.

LA CHOLECYSTOSTOMIE

Elle réalise le drainage le plus simple. C'est là un geste admis par la plupart des auteurs, et pour beaucoup le seul autorisé.

Facilement réalisable, au besoin sous anesthésie locale, elle a le mérite de permettre l'extraction d'éventuels calculs vésiculaires et surtout de décompresser la voie biliaire principale, à la condition, que la vésicule soit en communication avec celle-ci par un cystique largement perméable.

Elle permet par ailleurs, la cholangiographie trans-vésiculaire per et post-opératoire.

Sur le lot de nos observations, elle a été réalisée 14 fois, avec dans 3 cas seulement une lithiase vésiculaire que l'on peut éventuellement considérée comme facteur déclenchant de la pancréatite aiguë. Par contre, les 11 autres pancréatites étaient, du moins en apparence, primitives, et ce n'est que dans deux cas sur 14 que l'on a pu mettre en évidence une distension cholédocienne.

Les résultats de nos cholécystostomies se résument ainsi :

- 2 cas de pancréatite nécrotique et hémorragique, l'une étendue à la totalité de la glande, l'autre localisée à la tête, avec 2 décès, l'un au 3ème, l'autre au 4ème jour (Obs. 11 et 15) ;

- 5 cas de pancréatite avec zones de cytotéatonecrose localisée avec 5 résultats immédiats satisfaisants, mais dans tous les cas réapparition précoce des douleurs, parfois moins de 15 jours après l'intervention (Obs. 6), avec pour conséquence :

. une cholécystectomie au 15ème jour (Obs. 6) ;

. une sphinctérotomie au 3ème mois (Obs. 13) ;

. des récidives douloureuses, mais avec une biologie normale et ne conduisant donc pas à une sanction chirurgicale en raison de leur caractère modéré (Obs. 24) ;

. une duodénopancréatectomie céphalique pour pancréatite chronique (5 ans plus tard) (Obs. 33) ;

- 5 cas de pancréatite aiguë oedémateuse avec dans tous les cas résultats immédiats bons, mais :

. un décès, 4 ans plus tard, dans un tableau qui évoque le passage à la chronicité (Obs. 5) ;

. une récidive douloureuse 2 mois après la cholécystostomie, conduisant à pratiquer un an plus tard, une cholécystectomie avec sphinctérotomie (Obs. 7) ;

. constitution d'un pseudo-kyste nécrotique qui dû être évacué un mois plus tard (Obs. 16) ;

. récidive douloureuse au 3ème mois, nécessitant une splanchnicectomie gauche (Obs. 32) ;

. cédation complète des douleurs, mais fistule biliaire intermittente (Obs. 23).

- 1 cas dont il est difficile d'affirmer le type anatomo-pathologique : qualifié de pancréatite aiguë hémorragique sur la constatation d'un pancréas aubergine. Le malade a été réhospitalisé 7 ans après la cholécystostomie avec le diagnostic de faux-kyste du pancréas, mais celui-ci, n'a été confirmé, ni par les examens radiologiques, ni par les investigations biologiques, et aucune sanction chirurgicale n'a été envisagée (Obs. 2) ;

- 1 cas de pancréatite nécrotique localisée à l'isthme, ayant évolué vers la constitution d'une collection nécrotique, mais n'ayant été opéré que 30 jours après le début de la crise douloureuse, avec un recul de quelques mois (Obs. 33).

A la lecture de nos observations, il apparaît donc que :

- la cholécystostomie isolée, n'a été efficace totalement que dans 3 cas sur 14 (Obs. 2, 23 et 24), c'est-à-dire que les suites éloignées n'ont pas été marquées par la reprise du syndrome douloureux, ou que si celui-ci a été présent, il n'a pas été suffisamment intense pour nécessiter une nouvelle intervention ;

- dans deux cas de pancréatite nécrotique sévère, elle n'a pas empêché l'évolution fatale en quelques jours ;

- dans tous les autres cas, la reprise du syndrome douloureux a conduit à une réintervention plus ou moins précoce.

Il nous paraît donc que :

- si la cholécystostomie a une valeur certaine, en permettant la cholangiographie per-opératoire,

- elle ne doit avoir en tant que geste thérapeutique, que des indications limitées :

- . lithiase vésiculaire ;
- . cholédoque dilaté communiquant largement avec la vésicule ;
- . découverte à la cholangiographie per-opératoire d'un obstacle non lithiasique du bas-cholédoque : la cholécystostomie va dans ce cas diminuer le reflux biliaire à l'intérieur du Wirsung et donc la pression intra-ductale ;
- . dans un même but, elle peut être réalisée en cas d'obstacle calculaire du bas-cholédoque, chez un sujet âgé et chez lequel il est dangereux d'entreprendre une exploration instrumentale du bas-cholédoque.

Elle nous paraît par contre inutile lorsqu'il n'existe ni lithiase vésiculaire, ni obstacle sur les voies biliaires, mais peut par contre être maintenue comme "soupape de sécurité" si elle a été réalisée dans le but de faire une cholangiographie per-opératoire.

LA CHOLEDOCOTOMIE

Elle a l'avantage de permettre une exploration non seulement radiologique, mais encore instrumentale de la voie biliaire principale, et LATASTE (56), souligne notamment que "six des sept malades de sa série morts rapidement, avaient une lésion biliaire associée, et qu'il s'agissait 5 fois d'un obstacle vatérien lithiasique ou oddien qu'une intervention avec radiographie des voies biliaires ou avec exploration instrumentale aurait certainement décelé ou supprimé".

Par ailleurs, elle permet un drainage biliaire efficace et l'on conçoit qu'elle soit indiquée dans les cas où l'exploration per-opératoire découvre un cholédoque dilaté avec une vésicule de volume normal, cas où la cholécystostomie de décharge s'avérerait inefficace.

Nous ne pouvons faire état d'aucune observation de cholédocotomie au cours de pancréatite aiguë, puisque dans le seul cas que nous possédions, la cholédocotomie avait été réalisée dans un premier temps opératoire dans le but d'extraire des calculs du cholédoque. Le drain de KEHR préexistant a cependant permis un drainage biliaire externe efficace au cours de la pancréatite aiguë et les suites opératoires ont été bonnes (Obs. 17).

Il nous semble donc que la cholédocotomie est indiquée dans les cas où existe une lithiase cholédocienne et éventuellement vésiculaire, qu'elle permettra d'extraire.

II-LES INTERVENTIONS DE DRAINAGE DU PANCREAS

LA SPHINCTEROTOMIE

Dans l'opinion de ses défenseurs, elle permet la levée d'un obstacle ou d'un spasme, à la fois sur la terminaison du bas cholédoque et sur celle du Wirsung. Elle évitera le reflux biliaire dans le canal de Wirsung, accusé par certains d'être source de pancréatite aiguë, et diminuera une éventuelle hyperpression intra-ductale.

Cependant, il est peu d'interventions qui soient aussi controversées d'autant qu'il s'agit de la réaliser, ici, en urgence, dans des conditions opératoires rendues difficiles par l'oedème, l'inflammation, l'hémorragie.

C'est ainsi que HEPP pouvait écrire (P.M. 1960, Vol. 68 n° 48), qu'il ne croyait pas à l'avenir de la sphinctérotomie dans les pancréatites aiguës, car d'une part, le traitement médical est toujours associé au traitement chirurgical, et d'autre part, la guérison spontanée est possible, et enfin, que les cas de guérison malgré la chute spontanée, dès le lendemain parfois, du drainage sont troublants..."

De même, MERCADIER, écrit dans le traité de Thérapeutique Chirurgicale : "le but de la sphinctérotomie est de supprimer la régurgitation de la bile dans le système excréteur du pancréas, en supprimant l'obstacle papillaire. Elle s'applique, non pas à la pancréatite aiguë nécrotique et hémorragique, mais aux réactions pancréatiques récidivantes qui trouvent leur origine

dans un trouble fonctionnel du sphincter d'ODDI ou dans une lésion organique papillaire. Nous savons par expérience qu'elles sont rares".

A l'opposé, l'idée de la sphinctérotomie a été défendue, dès 1913 par ARCHIBALD, qui voyait à l'origine du reflux canaliculaire un spasme oddien par DOUBILET en 1948, enfin par LEGER et son école.

C'est ainsi que PELISSIER (M.A.C. Tome 89, n° 7-8) écrivait : "dans un certain nombre de cas, une pancréatite oedémateuse, due à une oblitération aiguë de la papille par une micro-lithiasse biliaire, doit être opérée d'urgence par sphinctérotomie de déblocage une fois qu'a été obtenu le déchocage par les moyens médicaux habituels".

Le même auteur écrit avec GOINARD (Rev. Int. Hépatologie 1966) : "il est incontestablement des pancréatites oedémateuses, voire nécrosantes, consécutives à une oblitération papillaire aiguë par enclavement d'un petit calcul, qui requièrent le débridement de l'ampoule".

De même RUDLER (J.C. Tome 86, n° 3), pose le problème et les indications de la sphinctérotomie dans le cas d'une crise aiguë qui ne cède pas en 48 heures au traitement médical : elle permet l'extraction des calculs du Vater, la section d'un sphincter trop tonique, le drainage du Wirsung.

Enfin, elle a récemment trouvé un ardent défenseur en la personne de LATASTE qui souligne (P.M. tome 74, n° 37), la fréquence des obstacles vatriens lithiasiques ou non qu'il retrouve dans 25 % des pancréatites aiguës hémorragiques sur 48 malades. Sur 12 malades ayant un obstacle vatrien 2 ont eu une sphinctérotomie d'urgence avec deux succès, 5 ont eu une sphinctérotomie différée (entre le 10ème et le 90ème jour) avec 3 succès

et 2 échecs, 5 n'ont pas été opérés avec 5 décès. Ce qui permet à l'auteur d'affirmer la nécessité de dégager la terminaison du canal de Wirsung, et que plus la sphinctérotomie est précoce, plus les chances de succès sont grandes".

Nous ne pouvons faire état que de 4 sphinctérotomies réalisées en urgence :

- l'un (Obs. 3) concernait une femme de 57 ans ayant déjà fait plusieurs poussées de pancréatite subaiguë, et chez laquelle l'intervention mit en évidence une lithiase vésiculaire accompagnant une pancréatite oedémateuse. La sphinctérotomie joint à une cholécystectomie + cholédocotomie avait été suivie d'un résultat immédiat favorable, mais des douleurs réapparurent 2 mois plus tard et se poursuivent 9 ans après, évoquant un passage à la chronicité ;

- un deuxième cas (Obs. 8) concerne un homme de 32 ans, opéré 48 heures après le début de la crise douloureuse, et chez lequel l'intervention permettait de découvrir une lithiase vésiculaire et un calcul du Vater, ainsi qu'un hématome du pancréas avec quelques plages de nécrose. Le résultat immédiat fût satisfaisant, mais les suites furent troublées par l'apparition d'un abcès sous phrénique, puis d'une fistule duodénale ;

- la troisième observation (n° 9), concerne une femme de 25 ans, ayant fait à plusieurs reprises des poussées de pancréatite subaiguë prouvée biologiquement, et chez laquelle l'intervention mit en évidence une pancréatite oedémateuse. 7 ans plus tard, le résultat satisfaisant de la sphinctérotomie se maintient, avec d'exceptionnelles crises douloureuses tolérables et brèves.

SPHINCTEROTOMIES

Noms N° Obs.	Sexe Age	Année d' Hospital.	Laps de temps entre le début de la crise et l'intervention	Résultats Biologiques
Mme BA. n° 3	F 59 ans	Septembre 1959	Crises douloureuses récidivantes depuis Mars 1959, entraînant subictère, amaigrisse- ment	Amylasémie : 200 U.S. le 16/9/59 " 1334 US le 19/9/59 Amylasurie : 3200 UW
Mr. Kr. n° 8	M 32 ans	Juillet 1962	48 heures	Amylasémie : 700 U.S.
Melle LEB... n° 9	F 25 ans	Janvier 1960	Pancréatite réci- dante septembre, oc- tobre, décembre 1959 déjà traitée par les anti-enzymes	Amylasémie : 200 U.S.
Mr TI.. n° 19	M 53 ans	Mars 1962	13 jours	Amylasémie : 760 U.S. Amylasurie : 256 U.W.

SPHINCTEROTOMIES

pe de la Pancréatite i- tive	Compte-Rendu Opératoire	Résultats Immédiats	Résultats Eloignés
Lith. ! Post Op ! Div !			
Lith. Vésic	Pancréatite oedé- mateuse. Cholecys. Choledocotomie. Sphinctérotomie	Bons	Réc. crises doul. 2 m. après inter. se poursuivant en 1967. Passage chronicité vrai- semblable.
Lith. Vésic + Calc. Vater	Hématome du F. + plages de nécrose Cholécystostomie + Sphinctéroplastie	Satis. mais abcès s/phr. évac. Aout 62 Fist. Duod. Sept. 1962	
+	Pancréatite oedé- mateuse. Sphinctérotomie	Bons	! Oct. 67 : va bien. ! 2 crises doul. ! passagères. Un dé ! but gros. Juil. 67 ! Pas doul. depuis 62
+	Pancréas normal. Sphinctérotomie + drainage du Wirsung	Bons	

- notre dernier cas (Obs. 19), est celui d'un homme de 53 ans, opéré 13 jours après le début de la crise, avec une amylasémie à 760 U.S., une amylasurie à 256 U.W., mais chez lequel le pancréas fût trouvé normal lors de l'intervention. La sphinctérotomie, associée à un drainage du Wirsung, fût suivie d'une disparition des douleurs et des perturbations biologiques.

Le problème de la sphinctérotomie, nous semble devoir être discuté dans deux éventualités totalement différentes :

- soit qu'il s'agisse d'une indication de nécessité, justifiée par la présence d'un calcul enclavé dans l'ampoule de Vater. Si son extraction est impossible par cholédocotomie, ou seulement réalisable au prix de délabrements opératoires, il paraît logique et souhaitable d'aborder la papille par duodénotomie, et d'en pratiquer la section, qui seule permettra l'exérèse du calcul ;

- soit qu'il s'agisse d'une intervention de principe, dans le but de lever un obstacle éventuel situé à la terminaison du Wirsung, et responsable d'hypertension intra-duotale. Lorsque l'on sait la rareté de cet obstacle, le rôle discutable de l'hypertension intra-canalair à moins qu'elle ne soit très élevée, dans la genèse des pancréatites aiguës, la fréquence des accidents secondaires à la sphinctérotomie en dehors de toute poussée aiguë, il nous paraît dangereux de réaliser une telle intervention en pleine poussée. Un cholédoque dilaté avec rétrécissement de sa partie inférieure sans obstacle calculaire, nous semble être beaucoup plus l'indication d'un drainage externe des voies biliaires que d'une sphinctérotomie.

Quant au problème de la cholecystectomie associée à la sphinctérotomie, il se pose dans des conditions diverses :

- tantôt, la vésicule est saine, et les opinions ne sont pas unanimes quant à la conduite à tenir : en effet, DOUBILET (26) considère que la vésicule se remplissant surtout lors de la contraction du sphincter d'ODDI, celui-ci étant supprimé, il vaut mieux procéder à l'ablation de la vésicule ; par contre, LEGER (64) a montré que, même après sphinctérotomie, la vésicule s'opacifie normalement, et donc que sa conservation, si elle est saine, est sans danger.

- tantôt, il s'agit d'une vésicule lithiasique et son ablation est non seulement souhaitable, mais encore nécessaire, dans le but d'éviter la migration d'un calcul dans le cholédoque.

LE DRAINAGE DU CANAL DE WIRSUNG

Basé sur la conception de l'hypertension intrawirsungienne, génératrice de pancréatites aiguës, entrevue par VILLAR en 1905, il a eu pour partisans LEGER et son école, qu'il soit ou non associé à une sphinctérotomie. LEGER rapporte dans son livre sur la chirurgie du pancréas, l'observation d'un malade chez lequel il réalisa une telle intervention, au cours d'une pancréatite aiguë à prédominance céphalique, avec un suc pancréatique, ne contenant aucune trace de trypsine active ; une pancréatographie réalisée au 2ème jour fût normale, et la guérison obtenue avec un recul de 2 ans, ce qui permettait à LEGER d'écrire : "l'idéal serait de pouvoir établir une discrimination entre les pancréatites aiguës avec obstacle papillaire ou intrawirsungien, qui tireraient un bénéfice certain du drainage intracanaliculaire, et les pancréatites aiguës sans obstacle ou le

drainage est peut-être plus discutable. Encore doit-on se demander si les pancréatites aiguës sans obstacle wirsungien primitif, ne bénéficieraient pas d'une évacuation accélérée de l'agent d'autolyse que constitue le suc pancréatique".

A. de FERRON, rapportant un cas personnel, écrivait "l'hypertension intra-ductale semble à elle seule capable d'assumer la responsabilité des désordres glandulaires. Nous pensons que le drainage du Wirsung, après avoir mis mécaniquement un terme aux accidents aigus d'hypertension intra-ductale évite la diffusion dans les tissus sous-péritonéaux des diastases pancréatiques. Il semble que le drainage canalaire ne soit justifié qu'au stade initial de l'affection avant la constitution des masses confluentes de la saponification, c'est-à-dire avant les 24 premières heures".

HEPP et MERCADIER (A.C. Nov. 1956) écrivaient : "par contre, nous suivons LEGER, quand il propose d'assurer le drainage des pancréatites aiguës avec obstacle sécrétoire, c'est-à-dire quand il existe une lésion au niveau du sphincter d'ODDI, de l'ampoule de Vater ou du segment juxta-duodéal du Wirsung. Qu'il s'agisse, d'une oddite sclérosante, d'un calcul vatérien enclavé, d'un rétrécissement terminal du Wirsung, il nous semble logique de lever ou de contourner l'obstacle ..".

LATASTE, récemment, (P.M. Tome 74, n° 37), a signalé à nouveau l'intérêt d'un tel drainage.

Cette intervention n'a été réalisée que 2 fois dans le service du Professeur LEGER, dont un cas, où elle a été associée à une sphinctérotomie pour une pancréatite aiguë biologique, mais avec un pancréas normal lors de l'intervention (Obs. 19) ;

Le deuxième cas concerne une femme de 48 ans, opérée au 5ème jour de la crise douloureuse. Per opératoirement : pancréas induré en totalité avec augmentation de volume de la tête, sans obstacle au cathétérisme, à l'écoulement du suc pancréatique ; les résultats immédiats furent satisfaisants, mais les douleurs réapparurent deux mois plus tard (ceci n'étant pas un argument contre le drainage), et 9 ans après, la malade continue à souffrir, ce qui laisse supposer un passage à la chronicité.

Il nous paraît donc que, le drainage du canal de WIRSUNG ne doit avoir que des indications limitées : obstacle sur le Wirsung, siégeant en amont du sphincter d'ODDI, prouvé par le cathétérisme ou la pancréatographie per-opératoire (bien que celle-ci ne soit peut être pas dénuée de danger), et à la condition que cet obstacle puisse être aisément franchi, permettant un drainage de la totalité de la glande.

DRAINAGE DU WIRSUNG

Noms N° Obs.	Sexe Age	Année d' Hospitali- sation	Symptomatologie	Laps de temps entre le début de la cri- se et l'interven- tion.	Résultats Biologique
Mme OP. n° 1	F 48 ans	13 Nov. 1956	Douloureux	5 jours	Amylasémie 520 U.S. Amylasurie 510 U.W.
Mr TI.. n° 19	M 53 ans	Mars 1962	Douloureux	13 jours	Amylasémie 760 U.S. Amylasurie 256 U.W.
Obs. déjà notée aux Sphinctéro- tomies					

DRAINAGE DU WIRSUNG

Type de la Pancréatite				Compte-Rendu	Résultats	Résultats
Secondaire				Opératoire	Immédiats	Eloignés
i-	Lith	Post	Autres			
	Op.					
!	!	!	!	Pancréas induré	Bons, bien que	Réap. Doul. Janv. 57
!	!	!	!	en totalité. Tê-	le cathétérisme	Cholecystoduodéno.
!	!	!	!	te augm. Vol.	du Wirsung	Nov. 57. Peu amélio.
!	!	!	!	Pas Obstacle à	n'est jamais	En Oct. 67, continue
!	!	!	!	l'écoulement du	rien donné. Cho-	à souffrir de temps
!	!	!	!	suc pancréatique	lecystostomie	à autre. Chroni-
!	!	!	!		associée	cité vraisemblable
!	!	!	!	Pancréas normal		
!	!	!	!	Sphinctérotomie	Bons	
!	!	!	!	+		
!	!	!	!	Drainage du Wirsung.		

III- LES PANCREATECTOMIES

Il semble que ce soit pour certains auteurs, l'intervention idéale.

On conçoit, en effet, qu'elle réalise, lorsque l'indication en est soigneusement posée :

- l'éradication complète du foyer nécrotique. Or, il est admis que celui-ci, par sa présence, entretient l'autolyse pancréatique, qu'il est précocement exclu de la circulation sanguine par des phénomènes de thromboses vasculaires, et que, en conséquence, le traitement médical, quelqu'il soit, est rapidement sans influence.

Par ailleurs, cette zone est rapidement source de complications, non seulement infectieuses, mais encore vasculaires, et l'on ne compte plus les observations d'hémorragies digestives secondaires à l'érosion d'un vaisseau pancréatique ou à la constitution d'un faux kyste.

Ce sont les raisons pour lesquelles, MERCADIER a pu écrire dans le traité de thérapeutique chirurgicale : "en réalité, une seule opération serait logique, l'exérèse en bloc du foyer de nécrose avec contrôle de l'hémostase et drainage de la loge pancréatique.

Cette intervention n'a été jusqu'à ce jour qu'exceptionnellement réalisée, en raison des conditions non seulement générales du malade, mais encore de l'état anatomique de la région pancréatique, qui rend difficile une exérèse au sein d'une région

oedématisée, nécrotique ou hémorragique. MERCADIER écrit : "cette intervention a été exceptionnellement tentée avec succès. On peut penser que c'est en raison d'une chance inespérée, car dans la règle, l'état du malade ne permet pas une intervention réglée et de longue durée, et les possibilités de maîtriser l'hémorragie opératoire, si elle survient, sont hypothétiques.

Nous ne pouvons rapporter aucune observation personnelle de ce type de traitement, mais nous avons retrouvé dans la littérature, un certain nombre de cas, plus ou moins isolés :

- DARGENT (Lyon CH. Sept-Oct. 1945) rapporte l'observation d'une femme de 30 ans, opérée 4 jours après le début de la crise douloureuse, et chez laquelle on avait découvert lors de l'intervention, du sang pur dans la cavité péritonéale, et une queue pancréatique infarctée par une grosse masse crurorique. L'hémi-pancréatectomie gauche avait été suivie de guérison.

- EDELMAN (M.A.C. Tome 90, n° 11-12) fait état d'un cas de pancréatectomie chez une femme de 23 ans ayant eu une cholécystectomie avec sphinctérotomie. L'existence d'un important mélaena conduisit à une réintervention 2 semaines plus tard, au cours de laquelle on découvrit une nécrose pancréatique détruisant toute la région isthmique et la moitié gauche de la tête. Duodéno-pancréatectomie céphalique, suivie de guérison.

- SERGA (Khirourghia n° 12, 1960), rapporte 3 observations de pancréatectomie subtotale, ayant été encouragé dans ce sens par ses études expérimentales :

- femme de 46 ans, admise le 15/3/1959, avec le diagnostic de ventre aigu, et se plaignant de vives douleurs abdominales, en ceinture, et de vomissements. Les douleurs sont apparues après ingestion de hareng. Aucun antécédent. A l'examen,

état alarmant, pouls à 100, mal frappé, langue sèche. Abdomen météorisé avec tension modérée et douloureuse de l'épigastre. Pas de signes nets d'irritation péritonéale. Température 36°, 15.600 G.B., amylasémie 8.192.

Diagnostic : pancréatite aiguë. Infiltration lombaire de novocaïne, atropine et morphine sous cutanées, + perfusions intra-veineuses de sérum physiologique. Ce traitement entraîne une amélioration précoce, mais au 5ème jour, apparition de signes de péritonite et chute de l'amylasémie. Intervention : tâches de cyto-stéatonécrose. Pancréas augmenté de 2 à 3 fois de volume, recouvert de tâches de cytostéato-nécrose. La tête et l'isthme sont de couleur gris sale, en état de nécrose complète ; les tissus péri-pancréatiques sont eux aussi en état de nécrose purulente : résection d'une partie de la tête et d'une partie du corps. Guérison après une période post-opératoire alarmante.

La seconde observation de SERGA concerne une femme de 55 ans, chez laquelle fût porté le diagnostic de pancréatite aiguë ; devant l'échec du traitement médical, intervention à la 48ème heure : "à l'ouverture de la cavité péritonéale, grande quantité de liquide sale et hémorragique ; tâches de cytostéato-nécrose sur les épiploons, le péritoine pariétal et les tissus péri-pancréatiques. Le pancréas est 2 à 3 fois augmenté de volume, très oedémateux, de couleur cerise foncée par endroits : pancréatectomie subtotale, conservant un morceau de la queue épaisse de 4 cms, et une petite partie de la tête adhérent au duodénum. Mèche et drainage de la loge pancréatique. Guérison.

La dernière observation est celle d'une femme de 48 ans, hospitalisée dans un service de médecine avec le diagnostic de pancréatite aiguë avec suspicion d'infarctus du myocarde. L'échec

du traitement médical, l'apparition de signes de péritonite imposèrent l'intervention : nécrose hémorragique presque totale du pancréas, résection des 2/3. Méchage de la loge. Décès au 2ème jour dans un tableau de collapsus cardio-vasculaire. SERGA conclut en pensant qu'il aurait peut-être été possible de sauver cette malade si elle avait été opérée à temps. Tels sont les 3 cas rapportés par SERGA, dont 2 avec succès, mais il est regrettable que l'auteur n'ait pas décrit en détail les modalités opératoires, et notamment, les modes de rétablissement pancréatiques, biliaires et digestifs.

- CHAU (Am. J. Surg. Juil. 1959) : apporte un cas de pancréatectomie gauche, des 4/10 suivie de guérison.

- WATTS (Lancet : 24/8/1963) : pancréatectomie totale chez une femme de 57 ans ayant déjà fait plusieurs poussées de pancréatite aiguë. Lors de l'hospitalisation : collapsus-amylasémie 3.500 U.S. Ces deux éléments demeurant identiques malgré le traitement médical, intervention 48 heures après le début de la crise : pancréatectomie totale rapidement suivie de guérison. Mais, à l'intervention, le pancréas, certes inflammatoire et oedémateux, était cependant d'une consistance telle qu'elle permettait une exérèse réglée.

Il s'agit là en fait de cas isolés. Mais le principal partisan de cette méthode est le Professeur COLIN (Montpellier), que nous remercions ici d'avoir mis ses dossiers à notre disposition.

- Cet auteur rapportait dès 1963 dans le journal de chirurgie, un cas de pancréatectomie gauche, pour pancréatite aiguë, chez une femme de 40 ans ayant déjà présenté 2 poussées douloureuses

identiques. A l'intervention, COLIN avait découvert un pancréas rose saumonné avec un oedème péri-glandulaire et sous capsulaire diffusant dans les mésos. Les suites de cette intervention, quoique troublées, s'étaient soldées par une guérison définitive.

- Dans Montpellier-Chirurgical (Tome 12, n° 4, 1966), COLIN ajoute deux nouveaux cas d'exérèse pancréatique pour pancréatite aiguë :

. l'un chez un homme de 60 ans, atteint d'un cancer du cavum, et décédé au 2ème jour post-opératoire d'un encombrement bronchique ;

. l'autre, chez une femme de 65 ans, opérée au 5ème jour d'une crise douloureuse : pancréatite nécrotique très avancée, avec aspect sphacélique et ramolli du pancréas, surtout au niveau du corps et de la queue. La pancréatectomie de 2/3 gauche fût suivie d'un abcès de la région coeliale qui nécessita de multiples ponctions, mais la guérison définitive fût obtenue.

- Depuis cette publication, COLIN a réalisé 4 nouvelles pancréatectomies :

. chez un homme ethylique, de 48 ans, hospitalisé en état de choc avec ventre de bois, amylasémie à 128, et opéré en urgence avec le diagnostic de péritonite par perforation : à l'intervention, liquide hématique en abondance, cyanose viscérale qui disparaît après injection I.V. de 2 M. d'Iniprol. Pancréas caudal, très dur, hématique, sans lésion de nécrose. Sur la face antérieure de la région corporéale, zone kystique se prolongeant vers le haut dans l'A.C.E., de la taille d'une mandarine. Le kyste paraît interrompre complètement la continuité pancréatique.

Sa limite droite atteint l'isthme ; la tête est normale. Pancréatectomie corporéo-caudale de gauche à droite jusqu'au flanc gauche de la veine porte. Examen histologique : pas de vraie nécrose ; l'infiltration hématique est uniquement superficielle. Le kyste occupe la partie antérieure de la région corporéale. Toutefois, une très mince lame de parenchyme continue en arrière jusqu'à la section isthmique. La coque antérieure est minime. Quant au développement supérieur du kyste, il n'a pas de paroi. Il s'agit donc d'un véritable pseudo-kyste post-nécrotique. Par ailleurs, présence à 2 cm de l'isthme, dans le Wirsung, d'un calcul blanchâtre, acéré, d'un mm de diamètre et de deux petits calculs de la taille d'une tête d'épingle. Conclusions : pseudo-kyste post-nécrotique du pancréas corporéal avec pancréatite chronique gauche sur lithiase du Wirsung. Les suites furent quelque peu troublées par une fistule pancréatique externe qui finit par se tarir grâce aux infiltrations d'acide lactique. Ce malade fût réopéré 4 mois plus tard pour cure d'événement : au cours de cette seconde intervention, on put constater la présence d'un moignon pancréatique parfaitement cicatrisé, le pancréas restant paraissant macroscopiquement sain.

. Chez une femme de 76 ans, opérée pour syndrome occlusif avec le diagnostic de cholécystite subaiguë. L'intervention permit de découvrir une pancréatite nécrotico-hémorragique corporéo-caudale. De plus, sur la face antérieure du corps, de l'isthme et de la tête, présence d'un pseudo-kyste nécrotique qui contient 150 cc de liquide. Cholangiographie par la vésicule, montrant une image d'arrêt convexe à la papille. Pancréatectomie caudale avec section du pancréas au niveau du tronc spléno-mésaraïque. Le kyste céphalo-corporéal est simplement "décalotté". En raison de l'état de la malade (collapsus), on renonce à une

duodénotomie pour aborder la papille. Les suites immédiates furent bonnes, mais 3 jours plus tard la malade décédera d'insuffisance respiratoire lors d'une tentative d'intubation.

. Chez un homme de 36 ans, opéré en urgence pour syndrome abdominal aigu avec hyperthermie. Le pancréas corporéo-caudal est recouvert d'une capsule succulente, parsemée de tâches noirâtres. Après ouverture du fascia pré-pancréatique, on découvre un pancréas de couleur chamois, très pâle, siège par endroits de zones de nécrose. Pancrèatectomie corporéo-caudale associée à une cholécystostomie. Le deuxième jour, malgré un traitement par les anti-enzymes : tachycardie à 160. Température : 42°, coma. Décès le 3ème jour malgré la réfrigération gastrique, et le traitement médical.

. Chez une femme de 53 ans, opérée au 7ème jour d'une crise douloureuse avec le diagnostic de cholécystite subaiguë. On découvre au niveau de la tête du pancréas, une petite cavité nécrotique et des zones hémorragiques. Au niveau du bord supérieur du corps : lésions nécrotico-hémorragiques. La région caudale est également entourée d'une gaine péri-pancréatique oedémato-hémorragique, mais aucune lésion de type pancréatite aiguë ne sera retrouvée sur la pièce d'exérèse. Voie biliaire principale normale à la cholangiographie. Cholécystectomie pour vésicule lithiasique, et pancrèatectomie gauche "dans le but de réduire la portion encore sécrétante donc nocive". Mais au cours de la dissection, on fait une plaie de la veine mésentérique inférieure au niveau du confluent spléno-mésaraïque. La friabilité des veines empêchera toute réparation, et l'on sera contraint de lier la veine mésentérique inférieure, la veine splénique, et vraisemblablement une partie de la veine mésentérique supérieure. Les suites opératoires immédiates seront simples, mais la malade décédera au 10ème jour

de péritonite par perforation du transverse, cette perforation siégeant au niveau d'une zone de nécrose, vraisemblablement secondaire aux ligatures veineuses.

Cette observation met en évidence les difficultés opératoires que l'on peut rencontrer dans la chirurgie d'exérèse au cours des pancréatites aiguës.

Nous avons pu retrouver au total, 14 cas de pancréatectomie plus ou moins totales, avec 9 succès et 5 décès.

Encore peut-on discuter de mettre au passif de la méthode, les décès de COLIN, par encombrement bronchique (2 cas) et celui par nécrose colique qui aurait peut-être pu être évité.

Il paraît difficile sur un aussi petit nombre de cas de condamner la méthode, tout autant que d'en affirmer la valeur.

Certains problèmes, cependant, nous ont paru propres à ce type d'intervention, et notamment, les difficultés d'exérèse en rapport avec les variations anatomiques de la vascularisation, ce d'autant que l'on ne peut être renseigné sur celles-ci par une artériographie pré-opératoire.

Nous voudrions insister particulièrement sur les variations de l'artère hépatique. Si dans 60 % des cas il n'existe qu'une artère hépatique née du tronc coeliaque, dans 40 %, la vascularisation hépatique est plus complexe.

Dans 20 % des cas, existe une artère hépatique droite qui naît de la mésentérique supérieure, peut être unique lorsqu'elle se distribue à la totalité du foie (12 %) ou au contraire peut n'irriguer que le foie droit. Son trajet peut être pré ou rétro-portal. Elle passe le plus souvent en arrière du pancréas, mais peut aussi le précroiser, voire le traverser.

Par ailleurs, les artères coliques, supérieure droite, transverse et supérieure gauche, peuvent naître du tronc coeliaque et passer derrière le pancréas.

On conçoit qu'une quelconque de ces artères puisse être lésée au cours d'une exérèse, souvent laborieuse, et rendue difficile par l'oedème, l'inflammation, l'hémorragie.

LES DIFFERENTS TYPES DE PANCREATECTOMIE

LA PANCREATECTOMIE GAUCHE

Elle sera réalisée avec sacrifice de la rate, car il paraît illusoire et dangereux de vouloir dans les conditions locales faire une dissection des vaisseaux spléniques.

La section pancréatique sera faite, plus ou moins poussée à droite, selon l'étendue de la nécrose, le moignon pancréatique étant, ensuite, soit suturé bord à bord ce qui peut paraître délicat en pleine poussée aiguë, soit simplement ligaturé par un gros fil de soie.

Le danger siège au niveau du confluent spléno-mésaraïque, comme en témoigne l'observation de COLIN, ou une telle intervention fût suivie de nécrose colique.

Ce type d'intervention, enfin, ne se conçoit que si le Wirsung d'aval est libre.

LA DUODENO-PANCREATECTOMIE CEPHALIQUE

Elle s'adresse aux lésions nécrotiques siégeant uniquement au niveau de la tête.

Notre but n'est pas d'en décrire les différents types d'excrées, qui ont été parfaitement exposés par LEBER, MERCADIER, GUILLEMIN ...

Le problème du rétablissement de la continuité nous paraît par contre, plus intéressant, et l'on peut rapporter notamment :

- anastomose sur anse en oméga (GUILLEMIN-CATTEL), avec anastomose bilio-digestive termino-latérale, anastomose wirsungojéjunale, termino-latérale, gastro-jéjunostomie type Polya et jéjuno-jéjunostomie au pied de l'anse ;

- anastomose sur anse montée en trans-mésocolique ou précolique, avec anastomose pancréatico-jéjunale termino-terminale, bilio-digestive termino-latérale environ 10 cm en aval de la précédente, et anastomose gastro-jéjunale type Polya 40 cm en aval de celle-ci ;

- anastomose sur anse en Y, à la Whipple.

Différents problèmes peuvent se poser au cours de ces rétablissements de la continuité :

Anastomose pancréatico-digestive

La majorité des auteurs préconisent une anastomose pancréatico-jéjunale, et non Wirsungojéjunale, en appuyant les sutures sur le parenchyme pancréatique.

Cette attitude nous paraît, certes, souhaitable, mais on conçoit les difficultés de réalisation d'une telle suture au niveau d'un parenchyme pancréatique inflammatoire et oedématié.

La technique d'intubation du moignon pancréatique (CHAMPEAU), ne nous paraît guère apporter d'amélioration, car les mêmes problèmes d'appui des sutures sur un parenchyme fragile, se posent.

Le drainage Wirsungien trans-anastomotique, trouve peut être là, une indication, en assurant d'une part, une protection des sutures, d'autre part, une déplétion de la partie caudale de la glande.

En fait, peut-être est-il préférable, de ne pas tenter une anastomose pancréatico-digestive et de se contenter d'un abandon du parenchyme pancréatique restant, après ligature élective du Wirsung.

Anastomoses bilio-digestives

Leur réalisation est rendue délicate, par le fait qu'elles s'adressent à des voies biliaires, le plus souvent non dilatées, et aux parois fragilisées.

Il paraît admis que ces anastomoses ne peuvent être que cholédoco-jéjunales, réalisées en termino-latérale.

Les problèmes de calibrage de l'anastomose sont souvent délicats, et il est parfois nécessaire de réaliser un trait de refend sur la paroi antérieure du cholédoque de façon à pouvoir élargir le calibre de l'anastomose.

Cette anastomose, enfin, peut être "soulagée" par la mise en place d'un drain trans-anastomotique, soit type drain de KEHR, que l'on pourra faire ressortir, soit en trans-

cholédocien, soit en trans-jéjunal, soit type drain à la Voelker, sortant en trans-jéjunal. Il nous paraît plus discutable de faire sortir le drain en trans-parenchyme hépatique, comme cela a été récemment à nouveau préconisé par les auteurs américains.

Se pose enfin le problème de réaliser une Anastomose CHolécysto-jéjunale en aval de la précédente. Ce geste uniquement réalisable en cas de cystique perméable, et effectué dans le but de soulager l'anastomose choléco-jéjunale, nous paraît dangereux car, il multiplie les anastomoses et donc les risques de fistule. Par contre, il est, sans doute souhaitable, de réaliser dans le même but, une cholécystostomie de décharge transitoire.

LA PANCREATECTOMIE TOTALE

Elle peut être imposée par l'état anatomique du pancréas : l'observation de WATTS en est un exemple.

En fait, elle réalise une intervention chirurgicale majeure, comportant les mêmes difficultés opératoires que la duodéno-pancréatectomie-céphalique, notamment les problèmes de dissection, et les mêmes problèmes d'anastomose, hormis l'anastomose pancréatico-digestive.

∴

A la duodéno-pancréatectomie céphalique et à la pancréatectomie presque totale, toutes deux interventions nécessitant la réalisation de multiples anastomoses, s'oppose :

LA PANCREATECTOMIE PRESQUE TOTALE

Cette intervention, certes, offre les mêmes difficultés de dissection de la glande pancréatique que les interventions sus-décrites, notamment au niveau de l'origine du tronc porte.

Certes, elle encourt les mêmes risques de blessure d'une artère colique ou hépatique dans une de leurs variétés anatomiques.

Elle constitue une intervention majeure chez un sujet dont l'état général devrait contraindre une intervention de longue haleine.

Mais, ne nécessitant pas une série d'anastomoses, elle met à l'abri des complications propres à celles-ci.

Quelques points cependant méritent d'être soulignés :

- les difficultés de dissection de la face antérieure du tronc spléno-mésaraïque et de la face postérieure du pancréas ;
- la nécessité d'avoir repéré, la ou les artères hépatiques, avant toute section vasculaire importante, et celle, ainsi que l'indique MERCADIER, d'introduire à l'intérieur du cholédoque, un tuteur métallique qui servira de repère pendant la dissection ;
- en fin d'intervention, on se contentera de lier le moignon de Wirsung, et on assurera la déplétion des voies biliaires par un drainage externe par drain de KEHR. Cette intervention déjà difficile en cas de pancréatite chronique, offre certainement, de plus grandes difficultés encore en cas de pancréatite aiguë nécrotique ; elle nous paraît cependant la plus logique dans ces cas désespérés.

.
..

INDICATIONS DES PANCREATECTOMIES

Ces exérèses nous paraissent avoir des indications dans quelques cas sélectionnés :

- il est bien évident qu'elles ne sauraient être proposées aux formes mineures, telles les pancréatites oedémateuses ;
- il faut les réserver aux formes nécrotico-hémorragiques, où l'atteinte de la glande est manifestement irréversible, qu'elle soit localisée à une partie, ou étendue à tout le pancréas, ce d'autant que l'on connaît l'évolution quasi constamment fatale des pancréatites aiguës nécrotiques.

Se posent alors plusieurs problèmes :

- d'une part, quand faut-il opérer ?

Il semble que l'intervention doive être faite tôt, et nous suivons COLIN, lorsqu'il recommande d'opérer très précocément presque en urgence. En effet, il est classique de découvrir au 4^e-5^e jour d'une pancréatite aiguë, un pancréas nécrotique, "véritable paquet d'étoupe", dont l'exérèse, non réglée, se faisant "au doigt", "à la cuillère" est toujours incomplète, source de complications per et post-opératoires.

Au contraire, il semble, et COLIN l'affirme, que si l'intervention est pratiquée à la 24^e heure, le pancréas certes, est déjà d'aspect nécrotique, mais a gardé une forme et une consistance (qu'il compare à du chewing-gum), qui permet une exérèse réglée. Cette constatation paraît confirmée par l'observation de WATTS, qui avait découvert un pancréas de consistance encore ferme.

- d'autre part, qu'elle doit être l'étendue de l'exérèse ?

La tactique opératoire est relativement aisée lorsqu'il s'agit de lésions caudales ou corporéo-caudales, ou une pancréatectomie gauche paraît réalisable.

Le problème est par contre plus délicat, lorsque la nécrose est localisée à la tête ou étendue à toute la glande :

Est-on en droit de réaliser une duodéno-pancréatectomie ou une pancréatectomie totale, chez un sujet le plus souvent en état de choc, dans des conditions opératoires souvent dramatiques, lorsque l'on connaît la mortalité de telles interventions "à froid" ?

COLIN écrit : "si la nécrose est pratiquement totale, l'exérèse sera très large, corporéo-caudale jusqu'à ce jour, peut-être totale dans l'avenir ...". Et les observations de pancréatectomie totale (WATTS), presque totales (SERGA), ou de duodéno-pancréatectomie céphalique (EDELMAN), prouvent que ces interventions peuvent être réalisées avec quelques chances de succès.

Lorsque l'on examine les statistiques concernant les pancréatites nécrotiques, leur mortalité quasi-absolue, malgré le traitement médical, confirmée par les 7 cas du service du Professeur LEBER, il peut paraître logique de suivre cette position.

Notre préférence, cependant, en cas de nécrose totale de la glande pancréatique ou bien de nécrose localisée à la tête, à la pancréatectomie presque totale, pour la raison d'absence d'anastomoses, ainsi que nous l'avons expliqué plus haut.

Nos observations étant résumées dans les tableaux que nous avons effectués au cours de ce travail, nous nous contenterons de rapporter celles qui nous paraissent les plus intéressantes et qui correspondent aux pancréatites aiguës graves, pour lesquelles une intervention précoce aurait peut-être pu entraîner une évolution plus favorable.

.
..

OBSERVATION n° 10

Monsieur DELC... J., âgé de 27 ans, est hospitalisé le 12.2.1960, avec le diagnostic de faux kyste du pancréas.

Tout a commencé le 7 du même mois, par une crise douloureuse, extrêmement violente, siégeant dans l'épigastre, accompagnée de vomissements bilieux et sanglants, d'une altération marquée de l'état général, d'une température à 38°5, avec une glycémie à 2,25 g/l, une amylasurie à 512 U.W., 17.000 G.B. à la numération et apparition le 10.2.60 d'une tuméfaction épigastrique.

Dans les antécédents, on retrouve la notion de crises douloureuses identiques (5 en 2 ans), la première crise ayant eu lieu en Novembre 1958 et ayant donné lieu à une laparotomie exploratrice qui avait mis en évidence des tâches de bougies et un oedème important de l'ensemble du pancréas sans infarctissement. Aucun geste chirurgical n'avait été accompli à cette occasion.

Ce malade est mis dès son entrée dans le service aux anti-enzymes, mais ceux-ci n'apportent aucune amélioration. On décide donc d'intervenir le 15.2.60 :

"on trouve un foyer de nécrose pancréatique, sans collection kystique organisée. Une mèche dans le foyer". Malgré la poursuite du traitement médical, ce malade décèdera le 17.2.1960, et à l'autopsie on découvrira : "un pancréas en bouillie, et un important liquide de nécrose dans la cavité péritonéale".

.
..

OBSERVATION n° 11

Monsieur CAR... âgé de 39 ans, est hospitalisé le 28.3.60 pour syndrome douloureux épigastrique ayant débuté 2 jours auparavant par une douleur intense de la F.I.D. irradiant dans les fosses lombaires, entraînant une position antalgique en chien de fusil, permanente avec paroxysmes.

Le 28.3.1960, l'amylasémie est à 35 U.S., l'amylasurie à 256 U.W., 13.600 G.B.

On intervient le 29.3.1960 avec le diagnostic de syndrome péritonéal d'origine appendiculaire.

C.R.O. : "appendice. Meckel : R.A.S. Mais en s'agrandissant, on palpe une volumineuse tumeur qui semble rétro-péritonéale de l'étage sus-mésocolique.

Médiane : énorme pancréas, globalement augmenté de volume avec discrète sérosité sanglante intra-abdominale. Incision de ligament gastro-colique. On tombe alors sur une masse nécrotique de la grosseur d'un pamplemousse et qui correspond à la tête du pancréas. Biopsie de cette masse. Cholecystostomie.

C.R. histologique du prélèvement : "fragment de tissu adipeux remanié par des foyers de cyto-stéatonecrose. Les foyers sont diffus".

Dans les suites opératoires : le malade est mis au traitement par les anti-enzymes, mais cela n'empêche pas une issue fatale qui survient le 5.4.1960.

A l'autopsie : foyer de nécrose suppurée qui correspond à la tête et au corps du pancréas. La queue est dure, mais conservée. La nécrose infarctoïde et hémorragique est en fait, assez limitée ; elle occupe la tête dans sa partie juxta-duodénale, respecte le crochet.

Au delà, il ne s'agit que de lésions de cyto-stéato-nécrose superficielle de l'atmosphère péri-pancréatique. Cette nécrose d'abord étendue devient punctiforme, en foyer parcellaire au niveau du corps : la queue en est indemne ; toute cette partie du pancréas n'en est pas normale pour autant. Il y a vraisemblablement un oedème et des lésions chroniques sclérogènes."

OBSERVATION n° 15

Monsieur AV..., hospitalisé le 31.I.1963, pour syndrome douloureux abdominal atroce, ayant débuté le jour même, avec état de choc, vomissements, arrêt du transit intestinal, température normale. A l'examen : contracture abdominale à maximum épigastrique. 13.400 B.B.

Intervention en urgence : avec le diagnostic de perforation d'ulcère couverte :

Médiane : liquide séro-sanglant dans le péritoine (500 c). Il s'agit d'une pancréatite aiguë hémorragique catastrophique occupant la totalité de la glande qui n'est plus qu'un énorme hématome.

Vésicule et cholédoque sus-duodéal : normaux.

Tâches de bougies dans le méso-colon transverse et sur le petit épiploon.

Devant ces lésions très graves :

- on infiltre de la novocaïne dans la région splanchnique et les mésentères ;
- on draine par une lame, l'A.C.E.
- cholécystostomie ;
- fermeture.

Le lendemain : amylasémie à 350 U.S., glycémie : 2,30 g/l.

Le 3.4.63 : hyperthermie à 41°7 (on institue alors un refroidissement par vessie de glace), choc (T.A. inférieur à 7) pouls : 170, puis coma.

Décès le 4.3 63.

A l'autopsie : "pancréas fortement augmenté de volume, turgescent et rougeâtre sur toute sa longueur ; de larges suffusions hémorragiques infiltrent le tissu adipeux péri-pancréatique ; en plus de ces lésions hémorragiques, on trouve des foyers de nécrose, au niveau du corps et de la tête, mais plus marquée au niveau de la région céphalique : cette nécrose est gris-jaunâtre, molle et semble s'étendre au pourtour du Wirsung. Le Wirsung est écrasé au niveau du corps et de la queue ; sur certaines tranches, il est difficilement repéré et l'on pense à une sténose dans la région isthmique ; au niveau de la tête, il est très modérément dilaté, son cathétérisme montre une parfaite perméabilité, et un passage duodéal facile.

OBSERVATION n° 24

Madame D..., 60 ans, est hospitalisée le 14.3.64 pour syndrome douloureux abdominal ayant débuté le 24.2.64 par une crise hyperalgique, à début épigastrique, avec irradiations dans les deux épaules, température à 38°, chute tensionnelle de 18 à 8.

Il s'agit en fait d'un 3° épisode douloureux, le premier ayant eu lieu le 10/8/63 : la malade avait été alors hospitalisée à Fontainebleau : amylasémie à 575 U.S., un traitement par zymofren avait alors amené la rétrocession des douleurs, et une biliographie faite au décours de la crise avait montré une vésicule normale.

Le 23/II/63, nouvel épisode douloureux, avec amylasémie à 350 U.S. ; zymofren + corticoïdes avaient amené la guérison.

Le 24/2/64 : récurrence. C'est devant l'échec du traitement médical avec une amylasémie à 2000 U.S. que la malade est transférée dans le service du Pr. LEGER le 14/3/64.

Lors de l'admission : T.A. : 10-6, pouls : 88, température : 39°. 34.000 G.B., amylasurie : 256 U.W.

Biligraphie et splénoportographie : normales.

Malgré le traitement par Iniprol le 16/3/64, l'amylasémie est à 2300 U.S., l'amylasurie à 138 U.W., l'urée sanguine à : 1,10.

Madame D... décédera dans la journée.

Compte-rendu d'autopsie : "... Dissection pancréatique entre la tête et l'isthme ; on découvre une vaste cavité remplie de débris nécrotiques. Cette cavité est mal limitée et la nécrose s'étend jusque vers le rein droit. Au niveau de cette nécrose il n'existe plus de tissu pancréatique sain ; seul persiste le Wirsung qui est intact, et passe en pont dans cette loge de nécrose. Cathétérisme du Wirsung à partir de la papille duodénale canal perméable de diamètre normal, aboutissant au duodénum par un petit orifice distinct de celui du cholédoque. Cathétérisme du Wirsung à partir de la queue du pancréas ; aspect normal sur quelques cms, puis sténose. En aval de cette sténose, importante dilatation du canal, mesurant 1 cm de diamètre environ et remplie d'une crème assez dense. En aval de cette dilatation : sténose du canal au niveau de la partie gauche de la poche de nécrose. Pancréas de structure normale, mais ferme, induré au niveau de la tête et dans sa portion caudale".

OBSERVATION n° 25

Monsieur CA... 55 ans.

Le 2/8/65 : gastrectomie des 2/3 type Polya pour ulcère hémorragique de D2 (l'ulcère sera laissé en place après ligature d'une artériole qui saigne au ras de la gastro-duodénale.

Le 4/8/65 : syndrome douloureux abdominal : amylasémie : 1400 U.S. Mise en route d'un traitement médical comprenant notamment de l'Iniprol. Dans la nuit du 4 au 5, collapsus cédant à l'aramine, mais le 6, apparition d'un ictère, tandis que par l'orifice de drainage de la gastrectomie s'écoule un liquide identique à celui que ramène l'aspiration gastrique.

Le 10 l'amylasémie est encore à 870 U.S.

Le 12 : fistule biliaire.

Décès le 13.8.65

Autopsie : "péritonite dans toute la cavité abdominale : cytostéatonécrose dans tous les mésos ; aspect normal de l'anastomose gastro-jéjunale, désunion complète du moignon duodénal ; nécrose totale avec suppuration au contact de toute la tête du pancréas. Voie biliaire apparemment normale.

.
..

OBSERVATION n° 30

Monsieur K..., âgé de 54 ans, est hospitalisé dans le service du Pr. LEGER le 2/12/65 pour hématoméso.

Le 20/10/65 : est opéré en clinique pour lithiase vésiculaire avec ictère par rétention très prononcé ; au cours de la cholangiographie per-opératoire, l'arrêt de la diodone au bord supérieur du pancréas et l'impossibilité de faire franchir l'obstacle à une pince cholédocienne va conduire le chirurgien à explorer la partie basse du cholédoque par voie rétrograde. Duodénotomie : repérage facile de la papille : pancréatographie : aucune anomalie du Wirsung. Un stylet est poussé aisément de bas en haut dans le cholédoque. Sphinctérotomie. Le diagnostic exact de la nature de l'obstacle ne peut être affirmé.

Le 26/11/65, le même chirurgien sera contraint à réintervenir pour "Pancréatite aiguë nécrosante post-opératoire, asymptotique ; au transit gastro-duodénal : sténose de D2 par compression extrinsèque.

A l'intervention : foyer de nécrose pancréatique s'étendant du duodénum jusqu'à la queue du pancréas qu'elle n'intéresse pas ; en hauteur elle a 7 à 8 cms au niveau de la tête, 4 à 5 au niveau de l'isthme et du corps. Ce foyer est inaccessible à l'exérèse ; on décide d'avoir recours à une simple gastro-entérostomie pour court-circuiter la sténose duodénale due à la compression de D2 par le foyer céphalique ...

Par voie trans-gastrique, on ponctionne la collection et on retire 40 à 50 cc de bouillie nécrotique.

La constitution d'une kysto-gastrostomie ne semble pas sans danger. On y renonce.

L'examen histologique du liquide prélevé conclura : tissu nécrotique appartenant à une nécrose hémorragique du pancréas.

Les suites de cette seconde intervention seront troublées par des hématomésos qui conduiront à un Cooling dans le service du Pr. LEGER le 2/12/65.

Ce jour : amylasémie : 1300 U.S. amylasurie : 32 U.W. ; urée : 2,55 g/l, glycémie : 2 g/l.

Malgré le cooling : décès le 4/12/65 dans un tableau d'inondation bronchique et d'hématoméso. Pas de vérification.

OBSERVATION N° 35

Madame ABR... Eugénie, 74 ans, est hospitalisée en urgence le 20-12-1967 pour syndrome douloureux épigastrique en barre. Cette malade a depuis 1961, en raison d'une P.C.E. un traitement par les corticoïdes, à raison de 15 mg/j de Cortancyl.

A l'admission : état général altéré. Température : 39°4 T.A. : 10/7. Le premier diagnostic porté en raison du traitement par les corticoïdes est celui d'ulcère perforé, mais les radiographies d'abdomen sans préparation ne montrent pas de pneumopéritoine. La malade est placée sous aspiration gastrique et réanimation parentérale, mais devant l'accentuation des signes abdominaux, on décide d'intervenir le jour même.

C.R.O. : "liquide hémorragique et taches de bougie disséminées dans l'abdomen".

La nécrose pancréatique n'intéresse que la tête, mais déborde sur le mésocolon transverse et le pédicule mésentérique supérieur. L'isthme et le corps sont oedémateux, mais non nécrosés.

Il existe un sphacèle irréversible de toute la moitié gauche du colon transverse jusqu'à l'angle gauche. Le grêle lui même est violacé, surtout dans sa partie terminale, mais il est vivant. L'artère mésentérique supérieure est perçue, mais elle bat faiblement.

Vésicule normale. Pas de calcul perçu à la palpation des voies biliaires. Foie, estomac : R.A.S.

Hémi-colectomie gauche avec mise à la peau des deux bouts coliques, car l'état général de la malade et la vascularisation précaire du colon restant interdisent toute suture. Le bout supérieur est mis là où il vient sans tirer, c'est à dire sur la ligne médiane.

La loge pancréatique est infiltrée de Zymofren et de novocaïne.

Drainage au contact par lame. Deux autres lames drainent la loge sous hépatique et le décollement mésocolique..."

En raison de son état général et respiratoire, la malade est transférée immédiatement dans un centre de réanimation.

Le traitement médical sera poursuivi à base d'hémisuccinate d'hydrocortisone (600 mg/j) et d'Iniprol (2 millions).

Malgré cette réanimation intensive, la malade décèdera le 25-12-1967 et à l'intervention, on découvrira, au niveau du pancréas, de multiples foyers de cytotéatonecrose du mésenchyme interlobulaire. AU niveau de la tête du pancréas, présence d'une cavité de 1cm de diamètre, remplie d'un liquide nécrotique."

.
..

Cette observation offre l'intérêt de poser le problème de la précession des lésions découvertes lors de l'intervention : s'agit-il d'une nécrose colique secondaire à une oblitération vasculaire et notamment veineuse, comme il est fréquent d'en rencontrer dans les pancréatites aiguës, ou bien s'agit-il d'une pancréatite aiguë secondaire à une oblitération des artères pancréatiques et notamment céphaliques ?

C O N C L U S I O N S

Le traitement de la pancréatite aiguë est encore loin d'être codifié.

Certes, la mortalité globale, sous l'influence des progrès de la réanimation et du traitement du choc, a diminué de façon spectaculaire :

- En 1936, BROCC sur 235 pancréatites déplore 173 morts.
- En 1963, POILLEUX faisant le relevé des cas publiés à l'Académie de Chirurgie depuis l'avènement des anti-enzymes, rapporte 185 cas avec 39 morts.

Cependant les grands espoirs placés dans les anti-ferments paraissent avoir été déçus car, si joints aux corticoïdes, ils permettent de juguler passagèrement l'état de choc de la majorité des pancréatites aiguës, ils n'empêchent ni l'évolution fatale des formes sévères, ni les complications évolutives des formes de gravité moyenne. Ils n'ont aucune action sur un foyer de nécrose constitué, comme ils n'en ont guère sur les pancréatites secondaires à un obstacle vatérien.

C'est la raison pour laquelle, si le traitement médical ne se discute pas, on est en droit de se poser la question : quelle est la place de la chirurgie précoce dans le traitement de la pancréatite aiguë ?

A la lecture des dossiers du service de notre Maître, le Professeur LEGER et à celle des diverses publications, nous pensons que :



Il y a intérêt à opérer les pancréatites aiguës et à les opérer précocement dès la levée d'un choc éventuel. En effet, l'intervention ne peut être nuisible, et les quelques cas d'éviscération post-opératoires ne nous paraissent pas devoir entrer "en ligne de compte".

Les progrès de la réanimation pré, per et post-opératoire permettent de lutter contre les déséquilibres hydro-électrolytiques.

L'analgésie procurée par l'anesthésie, est un facteur de lutte contre le choc.

Enfin, l'intervention permettra de redresser une éventuelle erreur diagnostique.

A "ventre ouvert" quelle attitude adopter ?

Il ne faut pas se contenter de suffusions hémorragiques au niveau des mésos, de taches de cytotéatonecrose disséminées, d'augmentation de volume de la glande pancréatique, pour porter le diagnostic de pancréatite aiguë.

Il faut aller voir le pancréas lui-même, et pour cela, non seulement effondrer le petit épiploon ou le ligament gastro-colique, mais encore ouvrir la loge pancréatique par section du fascia pré-pancréatique.

Ce n'est qu'à la vue du pancréas, et à sa seule vue, que l'on pourra porter le diagnostic de type anatomique de la pancréatite. En effet, nombre de suffusions hémorragiques recouvrent un pancréas simplement oedémateux, et nombre de survies de pancréatites aiguës dites hémorragiques ou nécrotiques, attribuées au traitement médical, ne sont que des survies de pancréatites subaiguës.

Les lésions pancréatiques visualisées, nous pensons qu'il faut faire une cholangiographie per-opératoire : faite par la vésicule biliaire sans prise de pressions, elle permet l'étude de l'hépatocolédoque et du bas-cholédoque.

Dès lors :

- Tantôt les voies biliaires sont normales, le cystique largement perméable, le pancréas simplement oedémateux. Il paraît sage de réaliser une "soupape de sécurité" des voies biliaires en maintenant un drainage externe par cholécystostomie. Celle-ci évite une distension cholédocienne, en cas de sténose inflammatoire du bas cholédoque, permet une cholangiographie post-opératoire.

Une vésicule lithiasique fera l'objet, de préférence, d'une cholécystectomie ; sinon, si l'état du malade interdit un tel acte chirurgical, d'une ablation des calculs avec cholécystostomie de décharge.

- Tantôt il existe une lithiase cholédocienne : elle doit être abordée et extraite par cholédocotomie, suivie de drainage externe par drain de Kehr. Un calcul enclavé dans l'ampoule de Vater et qui ne peut être extrait par cholédocotomie, devra être abordé par duodénotomie et papillotomie.

- Tantôt il n'existe pas de lithiase cholédocienne mais une lésion oedémateuse sténosante du bas-cholédoque.

Si le cholédoque est dilaté, le cystique perméable, la vésicule distendue, il nous semble logique de se contenter d'une cholécystostomie, à la condition que la cholangiographie per-opératoire ait montré de façon certaine l'absence de calcul enclavé dans l'ampoule de Vater.

Cette attitude ne permet certes pas de juger de l'état des voies excrétrices pancréatiques, et on peut lui préférer une sphinctérotomie et un drainage du Wirsung. Ce geste nous semble cependant démesuré pour une lésion sténosante, le plus souvent conséquence d'un oedème passager.

Enfin, nous pensons que quelles que soient les découvertes cholangiographiques, une lésion nécrotique est justiciable d'exérèse.

- En cas de lésion localisée, peut-on se contenter d'une exérèse très localisée par excision simple du foyer nécrotique ? Cela peut être proposé, mais nous pensons que ce geste en provoquant une effraction des acini fait courir le risque d'une poussée évolutive. Peut-être faut-il mieux alors ne rien faire, si la lésion est minime, ou faire une exérèse plus étendue si elle est plus importante.

- Une lésion caudale, ne pose guère de problèmes : elle fera l'objet d'une pancréatectomie gauche plus ou moins poussée à droite.

- Par contre, une lésion diffuse ou localisée à la tête ou à la région céphalo-corporéale, pose de plus grandes difficultés. Il nous semble que la pancréatectomie totale ne trouve ici, guère d'indications, la série d'anastomoses qu'elle impose exposant à de multiples complications.

Pour les mêmes raisons, la duodéno-pancréatectomie céphalique, ne nous paraît devoir être proposée qu'avec ménagement. Notre préférence irait à la pancréatectomie presque totale.



Cependant quand on connaît les difficultés d'une telle intervention pour pancréatite chronique chez un malade préparé, même entre des mains entraînées à la chirurgie pancréatique, on conçoit qu'elle ne puisse être proposée qu'après ample réflexion.

.
..

La chirurgie d'exérèse dans les pancréatites aiguës n'en est encore qu'à ses balbutiements. L'avenir seul nous permettra d'en apprécier la valeur.

VU : LE DOYEN	VU : LE PRESIDENT
G. BROUET	M. LEGER

VU : LE RECTEUR
ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- 1- ALBO (R.), SILON (W.W.), GOLDMAN (L.) - A critical clinical analysis of acute pancréatitís.
Arch. Of. Surg. Vol. 86, n° 3, Juin 1963. 1033-1038.
- 2- ANDERSON (M.C.) - Pancréatic hemorrhage.
Arch. Of. Surg. Vol 83, n° 3, 1961, 467-474.
- 3- ANDERSON (M.C.) - Surgical interventions in acute pancréatitís
S.G.O. Vol. 120, n° 6, Juin 1965, 1301-1302.
- 4- ARNULF (G.) - A propos du traitement anti-choc des pancréa-
tites aiguës.
Lyon Ch. 1948, 43, 224-228.
- 5- BAKER (J.W.) et Th. BOle : observations pertaining to the
place of the surgery in acute pancréatitís.
Gastroenterology. Vol 28, n° 4, 1965, 536-549.
- 6- BARTLETT (M.K.) et NARDI (G.L.) - Treatment of recurrent pan-
créatitís by transduodénal sphinctérotomy et exploration
of the pancréatic duct.
The new England Journal of Medecine. Vol 262, n° 13,
643-648.
- 7- BARTLETTE (M.K.) - Pancréatitís.
The new England journal of medecine. Vol. 271, n° 2, 1964
90-92.
- 8- BENNET (R.C.) et JEPSON (R.P.) - Acute pancreatitis in South
Australia.
Med. J. Australia. 1966, 1-126.
- 9- BERNARD (A.) - Le traitement actuel de la pancréatite aigue.
Revue Int. d'Hep. XII. 8. 1962, 1053-1058.
- 10- BLACK (W.S.), SWTTERFIELD (T.C.) et MARTIN (J.D.) - acute
pancréatitís.
AM. Surgeon 1967, 33-94.

- 11- BLOCK (G.E.) et PALOYAN (E.) - Opérations for pancréatitits.
Surg. Clin. Noth. Am. Vol. 43, n° 1, Fév. 1963, 201-212.
- 12- BLONDIN (S.) et LEFEVRE (M.) - A propos du pronostic immédiat des pancréatites aiguës traitées par les inhibiteurs de protéase.
M.A.C. 1963, n° 5-6, 206-208.
- 13- BUCAILLE (M.), - Pancréatites aiguës : possibilités thérapeutiques actuelles.
Conc. Med. 1964, T. 86, n° 9, 1319-1326.
- 14- BUCAILLE (M.) - Hémopéritoine spontané d'origine splénique au cours de la mononucléose infectieuse, simulant la pancréatite aiguë. Valeur de l'hyperamylasémie.
M.A.C. 1962, n° 12-13, 413-419.
- 15- CABANIE (H.) - Notions actuelles sur les pancréatites aiguës
J. Med. Bordeaux T. 142, n° 2, 1965, 215-228.
- 16- CACHIN (M.) - Traitement des pancréatites aiguës et chroniques.
Cahier du Collège de Médecine 1965, n° 3, 175-183.
- 17- CALVET (J.P.) - A propos du traitement des pancréatites aiguës par les anti-enzymes.
M.A.C. 1963, n° 5-6, 182-189.
- 18- CAMPLEZ (P.H.) - Les exérèses pancréatiques dans les pancréatites chroniques.
Thèse Paris 1967.
- 19- CHAMPEAU (M.) - Pancréatites aiguës hémorragiques.
M.A.C. 1963, T. 89, n° 5-6, 211-214.
- 20- COHN (J.) - Surgical decisions in pancreatic diseases.
The Am. J. Of. Digest. Disease. Vol. 9, n° 12, 918-926.
- 21- COUINOT (M.) - Neuf pancréatites aiguës après gastrectomie.
M.A.C. Tome 91, n° 8-9, 1965, 280-286.
- 22- CHAU et Coll. - Pancreatic apoplxy : report of a case treated by partial pancreatectomy with recovery.
Am. J. Surg. 1959, T. 97, n° 6, 789-792.
- 24- CAROLI (J.), DEBRAY (Ch.), HEPP (J.), LORTAT-JACOB (J.L.)
VARAY (A.) - moyens actuels de diagnostic et de traitement des pancréatites aigues.
P.M. 1960, Vol. 68, n° 48, 1799-1780.



- 25- DARGENT (M.) - Hemipancréatectomie gauche d'hémostase pour pancréatite aiguë localisée à la queue.
Lyon Ch. 1945, n° 5, 587-594.
- 26- DOUBILET (H.) - The physiological basis for the surgical management of acute et chronic pancréatitits.
Surg. Clin. Of. North Am. 1958, Ap. 505-520.
- 27- DOUBILET (H.) - 8 years of study of pancréatitits and sphinctérotoomy.
J.A.M.A. Vol. 160, n° 7, 521-528.
- 28- DUPREZ (A.), KIEKEN (R.) - Pancréatites aiguës : diagnostic et traitement précoce.
Bull. Soc. Int. Ch. 1965, n° 2, 205-243.
- 29- EDELMAN (G.) - A propos de la communication de MM. GOINARD et PELISSIER sur les pancréatites aiguës consécutives aux sphinctérotomies pour lithiase.
M.A.C. Tome 90, n° 11-12, 344-346.
- 31- ENQUIST (I.E.) GLIEDMAN (M.L.), - Gross autopsy finding in cases of fatal acute pancreatitits.
Arc. of. Surg. 1958, Vol. 77, 985-991.
- 32- EGDAHL (R.H.) et HUNE (D.M.) - Surgey in pancreatitits.
Am. J. Surg. 1963, Vol. 106, 471-475.
- 33- FACEY (F.L.), WEIL (M.H.), ROSEL - Mécanisme et traitement du choc de la pancréatite aiguë :
The J. Of. Am. Surg. Vol. 11, n° 3, mars 1966, 374-381.
- 34- FAVRE (R.) - 21 observations de pancréatites aiguës.
M.A.C. 1958, T. 84, n° 22-23, 732-730.
- 35- FERRON (Alain de) - Le drainage du canal de Wirsung au cours de la pancréatite aiguë hémorragique.
P.M. Tome 68, n° 47, 1764-1767.
- 36- GERNE (L.), DEMAREZ (R.), POIRET (G.) - Pancréatite aiguë au cours de la puerpéralité.
Bull. Soc. Gyn et Obst. Tome 15, n° 3, 1963, 385-87.
- 37- GERMAIN (A.) et CORTOIS-SUUFIT (M.) - A propos du traitement de pancréatites aiguës.
M.A.C. Tome 89, n° 5-5, 273-275.

- 38- GILORTEANU (M.) et PRODESCU (V.) - Treatment of pancreatitis and of some forms of hypertension by denervation of the reflexogenic pancreatis zone.
Int. Surg. Vol. 45, n° 4, 367-376.
- 39- GRIMOUD-LAPEYRE-MALECAZE - Fistulisation digestive spontanée des kystes nécrotiques du pancréas.
M.A.C. 1962, n° 30-31, 843-847.
- 40- GROSDIDIER (J.) et DAUPHIN (J.) - Le drainage du canal de Wirsung dans la pancréatite aiguë.
M.A.C. 1958, n° 10-11, 304-313.
- 41- GROZINGER (K.H.) - pancréatitis, progressin management.
Surgery. 1966, T. 59, 319-324.
- 42- GUILLEMIN (G.) - La duodenopancreatectomie céphalique pour pancréatite chronique.
E.M.C. Techniques chirurgicales. Appareil digestif 40.880 A
- 43- HALLER (J.), PENA (C.), DARGAN (E.) - Massive upper gastrointestinal hemorrhage dus to pancreatitis.
Arch. Of. Surg. 1966, Vol. 93, n° 4, 567-572.
- 44- HANNON (D.W.), SPARFKA (J.) - Resection for traumatic pancreatitis.
Am. Of. Surg. Vol. 146, n° 1, 136-138.
- 45- HEPP (J.), BISMUTH (H.), PERNOD (R.), DUPONT (J.M.) - Les accidents secondaires précoces de la sphinctérotomie oddienne.
Ann. de Ch. Vol. 20, n° 56, 334-339.
- 46- HOLLENDER (L.F.) - Etat actuel du traitement des pancréatites aiguës.
Société de Ch. de Montpellier, 16 Juin 1964.
- 47- HOLLENDER (L.) et ADLOFF (M.) - Pancréatites nécrotiques et hémorragiques, 1963 (J.B. BAILLIERE & Fils).
- 48- HOUDARD (C.), MENAGE (CH.) - Pancréatectomies.
E.M.C. Techniques chirurgicales, 40.880.
- 49- HOWWARD (J.M.) - Surgical management of acute pancreatitis
J.A.M.A. Vol. 174, n° 3, 1687-1689.
- 50- IVANOVA (R.M.) et SHAAK (T.V.) - Vestnik, Khirurgia Grekova.
Tome 4, Avril 1965, 53-57.

- 51- JOUANNEAU - A propos des pancréatites aiguës traitées par les anti-enzymes.
M.A.C. 1963, n° 5-6, 179-181.
- 52- JOYEUX (R.), COLIN (R.), MIROUZE (J.), PASCAL (E.) -
Pancréatite aiguë récidivante sur pancréatite chronique.
Traitement par hémipancréatectomie gauche et anti-enzymes.
J.C. 1963, T. 85, n° 2, 149-157.
- 53- KEDDIE (N.C.) - Selective surgery for relapsing pancreatitis
Brit. J. Surg. 1967, Vol. 54, n° 2, 106-109.
- 54- LASCHEVER (V.M.) - diagnostic significance of peritoneal
exsudates in acute pancreatitis.
Khiturghia. Nov. 1963, n° 39, 21-25 (résumé anglais).
- 55- LASHEVER (V.M.) - Alterations in the arterial and venous
pressure as a manifestation of shock in acute phases of
pancreatitis.
Vestnik. Khirurghia Grekova. Avril 1965, T. 94, 49-53
(résumé anglais).
- 56- LATASTE (J.) - L'intervention précoce dans les pancréatites
aiguës.
P.M. 1966, T. 74, n° 37, 1875-1876.
- 57- LEGER (L.) - L'exploration radio-chirurgicale du pancréas
et le drainage transpapillaire du canal de Wirsung.
M.A.C. 1952, T. 63, n° 8-9, 518-536.
- 58- LEGER (L.) et LATASTE (J.) - Le drainage du canal de
Wirsung dans la pancréatite aiguë.
P.M. 1953, T. 61, n° 21, 445-448.
- 59- LEGER (L.) et LATASTE (J.) - Le sphincter du canal de
Wirsung joue-t-il un rôle dans la pathologie du pancréas.
P.M. 1954, Vol. 62, n° 14, 289-293.
- 60- LEGER (L.), BREHANT (J.) - Chirurgie du pancréas.
Masson 1956.
- 61- LEGER (L.), MARCENAC (L.), A. de FERRON et GUYET (P.) -
Le rôle de l'hypertension intra-ductale dans les pancréa-
tites aiguës.
M.A.C. 1957, T. 74, n° 4, 325-341.

- 62- LEGER (L.), GUYET (P.), A de FERRON - L'exploration radio-chirurgicale des pancréatites aiguës. La double pathogénie canaliculaire et vasculaire.
J.C. 1957, T. 73, n° 4, 369-390.
- 63- LEGER (L.), POIRIER (A.), DUBOST (C.), PREMONT (M.) - La pancréatite chronique étape ultime de la pancréatite aiguë. En faveur de l'unicité de la pancréatite.
P.M. 1962, T. 70, n° 45, 2095-2098.
- 64- LEGER (L.), MICHON (H.), GUYET (P.), FUYISHIRO (Y.) - Sphincterotomie et physiologie vésiculaire.
J.C. 1963, T. 85, n° 2, 129-147.
- 65- LEMPKE (R.E.) - Sphincter of Oddi and gall-bladder function.
Am. Of. Surg. 1963, Vol. 158, n° 1, 9-16.
- 66- LIDSKY (A.T.) - Acute pancreatitis and cholecystopancreatitis as two separate diseases.
Vestnik. Khirurgia Grekova. 1965, Avril, T. 94, 44-49 (résumé anglais).
- 67- LORTAT-JACOB, FEKETE (F.), BLANC (L.) - A propos de l'évolution des pancréatites aiguës traitées par les anti-enzymes.
M.A.C. 1963, n° 5-6, 209-211.
- 68- LOYGUE (J.), LEVEY (E.), MALAFOSSE (M.) - La réfrigération locale modérée des viscères digestifs.
An. de Chir. 1965, Vol. 19, n° 5-4, 171-184.
- 69- MEILLERE (J.), MARTIN, AUROUSSEAU (R.), TERNISSON (J.) - Les pancréatites aiguës nécrosantes.
J.C. 1963, n° 3, T. 85, 284-304.
- 70- MEILLERE (D.) -
Thèse Paris 1966.
- 71- MERCADIER (M.), HEPP (J.) - Radio-chirurgie dans les pancréatites aiguës.
An. de Chir. 1956, n° 12-13, 1083-1092.
- 72- MERCADIER (M.) et BAUBION (P.) - Pancréatite aiguë et lithiase biliaire.
Revue du Praticien. Tome IX, n° 20, 2207-2211.

- 73- MERCADIER (M.) - Traitement des pancréatites aiguës.
Revue du Praticien.
Tome IX, n° 20, 2212-2226.
- 74- MERCADIER (M.) - A propos du traitement des pancréatites
aiguës par les anti-enzymes.
M.A.C. Tome 89, n° 7-8, 1963, 228-232.
- 75- MERCADIER (M.) - Affections du foie, des voies biliaires,
de la rate et du pancréas.
Traité de thérapeutique chirurgicale. Masson 1964.
- 76- MERCADIER (M.), VAYRE (P.) - Evolutions et résultats des
pancréatites aiguës traitées médicalement.
Ann. de Chir. 1965, Vol. 20, n° 5-6, 446-462.
- 77- MERCADIER (M.), CLOT (J.P.), MEILLERE (D.), CAMPLEZ (P.H.)
Technique des duodénopancréatectomies céphaliques.
Ann. de Chir. Vol. 21, n° 11-12, Juin 1967, 672-680.
- 78- MERCADIER (M.), CLOT (J.P.), MEILLERE (D.), CAMPLEZ (P.H.)
La pancréatectomie presque totale.
Ann. de Chir. Vol. 21, n° 11-12, Juin 1967, 681-686.
- 79- MONOD, BROCA (Ph.), TESTAS (P.) - Remarques sur l'activité
trypsique du suc pancréatique au cours des P.A.H. trai-
tées par les anti-enzymes.
M.A.C. 1963, T. 89, n° 5-6, 214-217.
- 80- MOULONGUET (P.), VERNE (J.M.), et FOUCHER (M.) - Splanchni-
cectomie et pancréatite.
M.A.C. 1952, n° 31-32, 907-918.
- 81- OLIVIER (C.L.) - Chirurgie des voies biliaires. Monogra-
phies chirurgies. Masson 1961.
- 82- PATEL (J.), GARBAY (M.), VANETTI (A.) - Au sujet des rup-
tures pancréatiques.
M.A.C. 1962, n° 12-13, 379-380.
- 83- PATEL (J.C.) - Problèmes thérapeutiques actuels posés par
les pancréatites aiguës.
P.M. 1966, T. 74, n° 37, 1873-1874.
- 84- PATURET (G.) - Traité d'anatomie humaine.
Tome III. Appareil circulatoire.

- 85- PAVLOSKY (A.J.) - Choix du traitement dans les pancréatites aiguës graves.
M.A.C. 1962, n° 18-19, 532-542.
- 86- PALOVSKY (A.J.) et PAVLOSKY (A. Jr.) - Pancréatite aiguë hémorragique, opération urgente.
M.A.C. Tome 92, n° 23-24, 679-681.
- 87- PELISSIER (G.) - Faut-il opérer certaines pancréatites aiguës ?
M.A.C. 1963, T. 89, n° 7-8, 223-228.
- 88- PELISSIER (G.), et GOINARD (P.) - Compte-rendu d'une expérience de 8 années de sphinctérotomie.
Revue Int. d'Hep. 1966, n° 16, 605-669.
- 89- POILLEUX (F.), et DAVY (A.) - Traitement des syndrômes urgents pancréatiques.
Ann. de Chir. 1960, Vol. 14, n° 1-2, 31-35.
- 90- POILLEUX (F.), LARRIEU (H.), MASSON (B.) - Devenir éloigné des pancréatites aiguës traitées par les inhibiteurs de protéases.
M.A.C. 1962, n° 28-29, 790-798.
- 91- POILLEUX (F.) et MOUKTAR (M.) - Conclusions au débat sur les pancréatites aiguës traitées par les anti-ferments.
M.A.C. 1963, T. 89, n° 14-15, 460-468.
- 92- POILLEUX (F.), MICHON (H.), VANETTI (A.) - Accidents immédiats de la sphinctérotomie.
Ann. de Chir. 1964, Vol. 18, n° 23-24, 1420-23.
- 93- POILLEUX (F.) et MOUKTAR (M.) - Conceptions et traitement de la pancréatite aiguë primitive.
Ann. de Chir. 1964, Vol. 18, n° 3-4, 127-129.
- 94- ROMER (J.F.) et CAREY (L.C.) - Pancreatitis : a clinical review :
The Am. J. Of. Surg. Juin 1966, Vol. III, n° 6, 795-798.
- 95- ROUVIERE (H.) - Anatomie humaine.
Tome II, 931-940.
- 96- ROUX (M.), VAYRE (P.), RETTORI (R.), THOMAS (J.) - Le retentissement oddien des excitations vésiculaires.
Lyon Chir. 1959, T. 53, 850-861.

- 97- ROUX (M.), CHATELIN (C.), VAYRE (P.) - Les pancréatites aiguës au cours des migrations lithiasiques à travers la voie biliaire principale.
J.C. 1964, T. 87, n° 2, 141-162.
- 98- ROUX (M.) et SARRAZIN (R.) - Aspect actuel du traitement des pancréatites aiguës.
J.C. 1964, T. 87, n° 4, 477-498.
- 99- RUDLER (J.C.), MOUKTAR (M.), MEGECARD (R.) - A propos de 36 cas de pancréatite aiguë.
J.C. Tome 86, n° 3, 1963, Sept. 145-176.
- 100- SALEMBIER (Y.) - Traitement des pancréatites aiguës.
Lille Médical. 1963, Tome VIII, 981-985.
- 101- SARLES (H.), CAMATTE (R.) - Pancréatites aiguës : conceptions et thérapeutiques nouvelles.
Masson 1963.
- 102- SARLES (H.), LAMY (J.), HENRY (H.), CAMATTE (R.), MICHOLEY-
Pancréatites aiguës traitées par les thérapeutiques classiques et par les anti-enzymes : résultats comparés.
M.A.C. 1963, T. 89, n° 16-17, 499-504.
- 103- SCHLITT (R.J.), PERKOFF (M.) - An analysis of one hundred twenty two patients with pancreatitis.
The Am. J. Of. Surg. April 1962, Vol. 103, 442-447.
- 104- SERGA (V.I.) - On radical opeartion in severe forms of acute pancreatitis.
Khirourghia. 1960, n° 12, 36-50 (résumé anglais).
- 105- SHADER (A.E.) - MAXTON (J.R.) - Fatal pancreatitis.
The Am. J. Of. Sur. Vol. III, n° 3, Mars 1966 : 369-373.
- 106- SILER (V.E.), WULSIN (J.H.) - Considerations of the lethal factors in acute pancreatitis.
Arch. Of. Surg. 1951, T. 63, 496-504.
- 107- SOUYOULT (R.) - Les anastomoses blio-digestives et pancréato-digestives.
Masson 1961.
- 108- STALPORT (J.), NICOLAS (E.), DEMELENNE (A.), HORECZKY (G.)
Le cala de wirsung et sa termianison.
Etude physio-pathologique et pharmacodynamique.
J.C.T. 83, n° 2, Fev. 1962, 164-184.

- 109- THAL (A.P.) et Coll. - A clinical and morphologic study of 42 cases of fatal acuité pancreatitis. S.G.O. Août 1957, Vol. 105, n° 2, 191-202.
- 110- THOMPSON (A.C.), BROW (M.A.), MOLFAT (J.C.) - The management of acute pancréatitits. The Canadian Journal of Surgery. Oct. 1967, Vol. 10; n° 4, 403-407.
- 111- TOOLLE (H.) - Chrysospathis - l'action préventive de la splanchnicectomie gauche sur la production de la pancréatite aiguë expérimentale. J. Of. The. Int. Coll. Of. Surg. Dec. 1955, Vol. 24 755-762.
- 112- TURAI (I.), CIUREL (M.), GEORGESCO (L.), AMBRUS (I.) - Le traumatisme du pancréas : recherches expérimentales. Lyon. Ch. Tome. 61; n° 2, 279-289.
- 113- VAYRE (P.), HUREAU (J.) - A propos de 37 observations de pancréatites aiguës. J.C. Tome 89, n° 3, Mars 1965, 327-345.
- 114- VELICHENKO (V.M.), IVANOV (K.K.) - Problems relative to the etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment of acute pancreatitis. Khirurgia. 41, Janv. 1965, 98-107 (résumé anglais).
- 115- VIDAL (B.) - complications évolutives des pancréatites traitées médicalement. Thèse Paris 1967.
- 116- WALL (A.J.) - Péritonéal dialysis in the treatment of severe acute pancreatitis. Med. J. Australia. 1965, n° 2, 281.
- 117- WALTER (R.L.) - Traumatic pancreatitis. Am. J. Of Surg. 1966, Mars. Vol. III, 364-368.
- 118- WARREN (K.W.), Mac DONALD, VEIDENHEIMER (M.C.) - Trends in pancreatic surgery. Surg. Clin. North. Am. Juin, 1964, Vol. 44, n° 3, 743-761.
- 119- WATTZ (G.T.) - Total pancréatectomy for fulminant pancreatitis. Lancet 2, 24.8.1963, 384.

- 120- WEISS (A.), HOLLENDER (L.), ADLOFF (M.) - Evolution des pancréatites aiguës traitées par les anti-enzymes. M.A.C. 1962, n° 30-31, 836-839.
- 121- WEISS (A.) - Faut-il opérer les pancréatites aiguës ? Concours médical. 1964, n° 31-32, 4755-4756.
- 122- White and coll. - Treatment of pancreatitis by left splanchnicectomy and coeliac ganglionectomy. The Am. J. Of. Surg. 1966, Vol. 112, 195-199.
- 123- ZIEGLER (A.), SCHAMAUN (M.) - Klinik und therapie der akuten pancreatitis and Hand von 117 Fallen. Schweiz. med. Wschr. 1966, n° 30, 967.

